This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

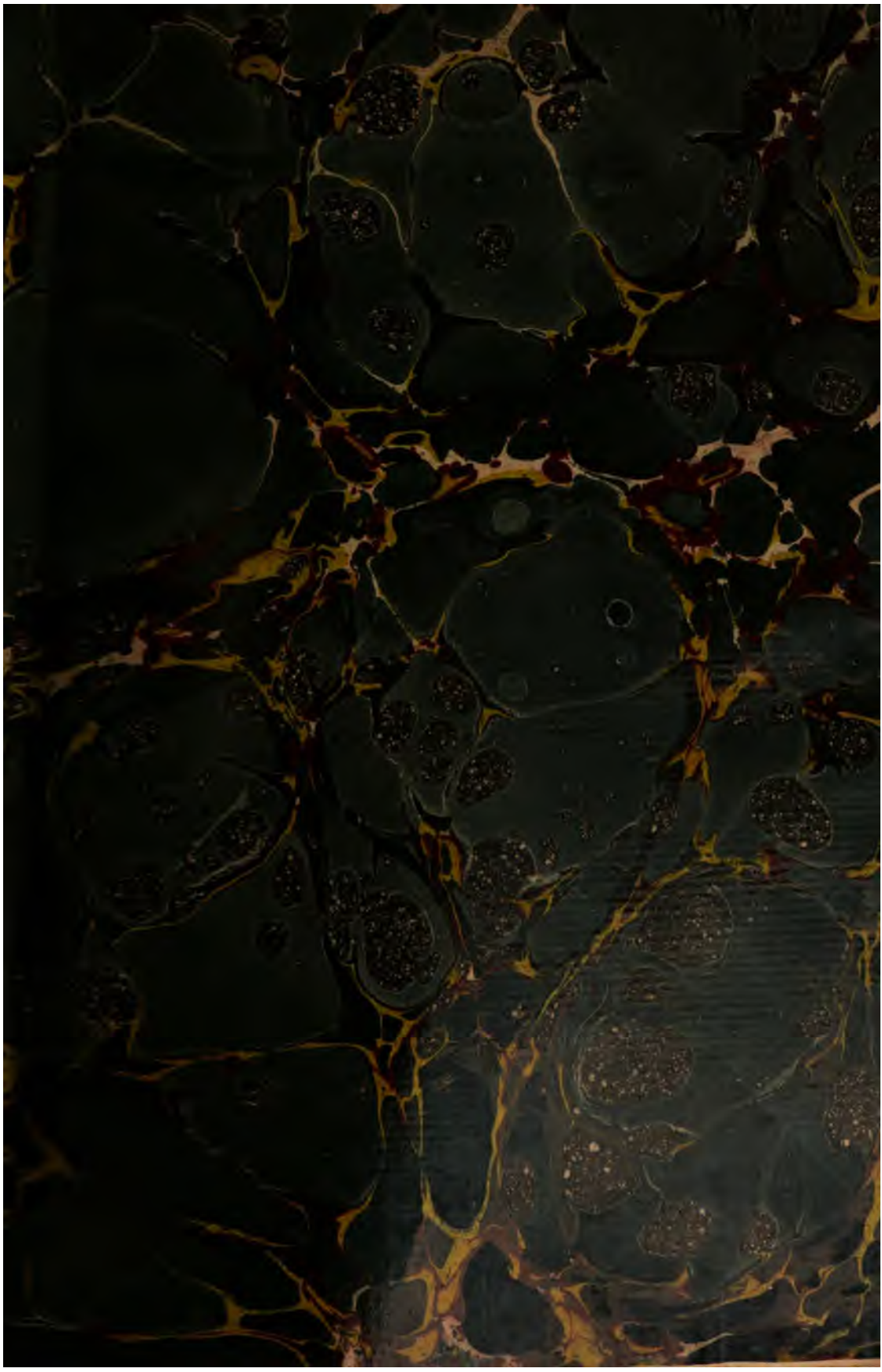
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

SECHZEHNTER BAND.

1893.

JANUAR BIS JUNI.

MIT SECHS TAFELN

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1893.

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

MEDICAL
JUN10 1897
LIBRARY.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Die künstliche Erzeugung von Hautkrankheiten am Tierkörper durch specifische Protozoenart von G. Lindner, ... 1
Betrachtungen über die Prurigo Hebra, von E. Vidal 11
Die bisher bekannten neun Favusarten von Neebe und P. G. Unna.....17. 57
Bemerkungen zur Alopecie der Keratosis pilaris, von L. Brocq 72
Syphilitische Plaques, von A. Ravogli, ... 78
Zur Färbung der Rotzbacillen in Hautknoten und überhaupt schwierig färbbarer Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind, von P. G. Unna 109
Kurze Mitteilung über eine histologische Untersuchungsmethode, von Norman Walker..... 113
Über die Entstehung der tertiären Syphilis, von A. Haslund.. 115
Über die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältnis zu den Veränderungen der Alopecia areata, von S. Giovannini... 157
Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit, von Ludwig Török 209
Lepra und die Frage ihrer Kontagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel, von E. von Düring.....255. 303
Seltener Fall von Arzneiexanthem (Dermatitis medicamentosa diffusa, Erysipelas medicamentosum Behrend), von Alfred Lanz..... 309
Zum Nachweise des Fibrins in den Gebweben, speciell in der Haut von P. G. Unna 351
Über die therapeutische Verwertung des Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei in Bremen, von Arnold Sack 360
Eine neue einzeitige Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen, von P. G.Unna 399
Fall von Myxödem durch Fütterung mit Glandulae thyreoideae geheilt, nebst einer Hypothese über die physiologische Funktion dieser Drüse, von Ludwig Nielsen..... 403
Frieselausschlag, Lichen tropicus, Miliaria papulosa, Miliaria rubra etc., von S. Pollitzer..... 415
Lepraasyle in den russischen Ostseeprovinzen, von P. Schneider..... 421
Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris, von E. von Düring 447. 495
Übersicht über neuere Heilmittel in der Dermatologie, von A. Straufs 467
Bericht über das zweite Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, von P. J. Eichhoff..... 551
Bericht über eine Lepraenquete in Ägypten, von Franz Engel..... 559

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie in Paris 32. 266. 319. 368. 472. 534. 580
Dermatologische Vereinigung zu Berlin..... .....86. 264. 366. 530

Seite
Ärztlicher Lokalverein zu Nürnberg ... 89
Verhandlungen des X. internationalen medicinischen Kongresses zu Berlin 1890 132. 170
Moskauer Venerologische und Dermatologische Gesellschaft ... 167
Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg ... 318
K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien ... 319. 425
Berliner medicinische Gesellschaft ... 424
Verein deutscher Ärzte in Prag ... 425
Ärztlicher Verein zu Hamburg ... 474
Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau ... 536
Gesellschaft der Ärzte zu Budapest ... 537

Besprechungen.

Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung, von v. Schrenck-Notzing ... 34
Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, I. Hälfte, 4. Auflage, von M. Kaposi ... 34
Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von Max Wolters ... 90. 176
Beiträge zur Pathologie der Psoriasis, von Joseph Schütz ... 92
Klinischer, statistischer und therapeutischer Bericht über die im Spitale der „Unheilbaren" in Neapel behandelten Kranken, von Oro Mario ... 93
Zur Ätiologie der Cystitis, von J. Schnitzler ... 93
Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrophulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes, von H. Leloir ... 135
Die Mikroorganismen der Mundhöhle, von W. D. Miller ... 141
The Ready-Reference Handbook of Diseases of the Skin, von G. T. Jackson ... 141
Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris, von Walter Petersen ... 174
Beitrag zur Jodkaliumtherapie der Psoriasis, von Hillebrand ... 175
Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau, von van Haren-Noman ... 177
Lehrbuch der Hautkrankheiten, von M. Joseph ... 177
Ordinationsformeln der Syphilis-Abteilung, von E. Lang ... 178
Ätiologie und Kontagiosität der Lepra Arabum, von D. Gorter ... 268
Syphilis des Nasenrachenraumes, von Gerber ... 319
Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Muskelentzündung (Myositis syphilitica), von Nicolaus Ostermayer ... 320
Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers, von T. Trzcinski ... 320
Über das für Ulcus molle specifische Mikrobion, von R. Krefting ... 321
Über die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welander'schen Methode, von Theodor Spietschka ... 322
Hereditäre Neigung zu traumatischer Blasenbildung (Epidermolysis bullosa hereditaria), von Carl Blumer ... 324
Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers, von Lindén ... 326
Die Vereiterung der Lederhaut, von Louis Heitzmann ... 327
Kasuistische Beiträge zu den Entzündungen der Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Muskeln und peripheren Nerven im Verlaufe der Gonorrhoe, von S. Róna ... 328
Seit 4 Jahren bestehender Pruritus universalis bei einem sechsjährigen Knaben, von S. Róna ... 329
Vorträge über die Urethritis chronica, von Horteloup ... 329
Die Harnröhrenstriktur, ihre Diagnose und Behandlung, von E. Distin-Maddick ... 330
Clavi syphilitici, von G. Lewin ... 370
Über Photographie im direkten Sonnenlicht, von Julius Heller ... 371
Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungskur, von E. Welander ... 372

Seite
Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen, von Richard Pick 373
Über Narbenbildung der Lederhaut, von Louis Heitzmann 375
Über Ätiologie und Wesen der Urethritis catarrhalis der Kinder männlichen Geschlechts, von S. Róna 375
Über Arsenmelanose, von Hugo Müller 377
Die Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüsen, von Karl Touton. 378
Über ein Zwillingshaar mit einer einfachen inneren Wurzelscheide, von Sebastiano Giovannini 378
Repetitorium der Chemie, von Carl Arnold 379
Untersuchungen über den Krebs und das Prinzip seiner Behandlung, von Albert Adamkiewicz 379
Zur Therapie der Lepra, von C. Danielssen 427
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane II., von Ernst Finger 428
Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis, von Z. Krówczyński 431
Über typische und atypische Psoriasis, von O. Rosenthal 432
Über die Behandlung der Syphilis mittelst Überstreichens — nicht Einreibens — mit Merkurialsalbe, von E. Welander 432
Beitrag zur Pathogenese der Verbrennung, von W. Reifs 433
Beobachtungen über Infektionen mit dem Favuspilze, von Julius Folly 434
Über einen eigentümlichen mikroskopischen Befund bei einem Falle von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose, von Karl Touton 434
Zur Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems, von P. Kowalewsky 435
Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes, von A. von Winiwarter 437
Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch, von L. Lewin 438
Index bibliographicus syphilidologiae, von Karl Szadek 439
Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis, von R. Barlow.. 476
Die Prostitution in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung, von A. Fedorow 478
Beiträge zur Kenntnis der Schweifsdrüsenerkrankungen, von Walther Petersen 479
Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer beim Tripper, von Alfred Lanz.. 481
Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten, von R. Winternitz 537
Akne und Alopecia areata, von L. D. Bulkley 538
Hautanomalien bei inneren Krankheiten, von S. Jessner 539
Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberkulose-Erregers, von Friedrich Fischel 582
Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie, von Ed. Lang 583
Lehrbuch der Cystoskopie. Ihre Technik und klinische Bedeutung, von Max Nitze 583
Statistik und Bericht über den Ergänzungskurs an der Klinik für Krankheiten der Harnwege, von A. Pousson 583
Amtliche Medicinalberichte des Kantons Zürich der Jahre 1885—1890 584
Schmarotzertum in der Tierwelt, von Looss 585

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Über die freien Nervenendigungen in der Epidermis, von A. v. Gehuchten ... 227
Die Verteilung der Blutgefäfse in der Haut, von Werner Spalteholz 541

b. Physiologisches.

Die Hautperspiration bei Kindern im physiologischen und pathologischen Zustande, von D. Ssokolow 94

Seite
Über den Hautsinn, von M. Dessoir ... 94
Ist Keratin, speciell das Mark von Hystrix, ein Glutinbildner? von O. Liebreich 97
Über die Verhornung, von Zander ... 97
Spinalganglien des Kaninchens, von J. Gaule ... 97
Über Fettkörper und Hautresorption, von Aubert ... 226
Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut, von Leon Kopff ... 226
Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut, von du Mesnil ... 227
Vorläufige Mitteilung über die Innervation der Hautgefäße, von P. Hasterlik und A. Biedl ... 540
Resorptionsfähigkeit der Haut, von W. Sobieranski ... 540
Über die Summation von Hautreizen, von Gad und Goldscheider ... 541

c. Mikroskopische Technik.

(Vacat.)

d. Bakteriologie.

(Vacat.)

e. Hygiene.

Die Entwickelungsgeschichte der lokalen venerischen Krankheiten, von G. F. Lydston ... 51
Hygiene der Hände, von S. Jessner ... 271
Prostitution, von E. Müller ... 271
Beitrag zur Regelung der Prostitution, von M. von Zeissl ... 271
Regelung der Prostitutionsfrage ... 271
Gefahren der Prostitution und ihre gesetzliche Bekämpfung, von Zehnder ... 271

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Beiträge zur Streptokokkenfrage, von v. Lingelsheim ... 142
Menschliche Lymphe, von Mangant ... 143
Ein Vorschlag zur Gesundheitspflege der Soldaten, von A. Heller ... 143
Über das Blutserum prädisponierter Tiere, von Roger ... 143
Die Fortschritte in der Dermatologie, von Georg Arnheim ... 143
Die vermeintlichen Schlummerzellen und ihre Beziehungen zu den Eiterkörperchen, von C. Weigert ... 143
Zur Frage der Herkunft der Eiterkörperchen, Antwort auf einige Bemerkungen des Herrn P. Grawitz, von F. Marchand ... 144
Untersuchungsergebnisse betreffend den Streptococcus longus, von Behring ... 144
Über das bakterielle Verhalten des Thiophendijodid, von Eduard Spiegler ... 144
Die antibakterielle Wirkung der Alexine, von E. H. Hankin ... 144
Die Verwendung des Saftes der Brennnessel gegen Blutungen und Hautkrankheiten, von Dubar ... 145
Der Harnstoff des Blutes bei Hautkrankheiten, von Butte ... 145
Über Salophen und dessen therapeutische Verwendung, von Joseph Fröhlich 145
Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum, von R. Heinz und A. Liebrecht 145
Über den Gebrauch des Schwefels bei Hautkrankheiten, von Zadeck ... 146
Eingangspforten für Infektionskrankheiten, besonders der Haut beim Kinde, von R. Philippe ... 228
Verwertung der Hauttemperaturdifferenzen zu topographisch-diagnostischen Zwecken, von Honigmann ... 228
Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch Veränderungen der Haut und durch externe Medikationen, von H. Schlesinger ... 228
Hautveränderungen unter Lichtwirkung, von S. Jessner ... 230
Einige Erfahrungen über Solveol als Antisepticum, von Hiller ... 230
Therapeutische Verwendung des Hydrargyrum sozojodolicum, von Witthauer. 230
Die Ulcerationen der Zunge, von A. Fournier ... 231
Die Desinfektion am lebenden Organismus, von Behring ... 231

Seite
Über die Ätiologie der akuten Eiterungen, von Schtschegelow 232
Resorption von Jodkalium durch den Mastdarm und die Ausscheidung des ersteren, von Calemtoni 233
Anwendungsgebiet des Dermatols, von R. Heinz 233
Dermatolbehandlung, von Werther 233
Behandlung mit Dermatol im Anna-Kinderspital zu Graz, von E. Doernberger 233
Kreolinbehandlung, von Loewengard 233
Einige nach der Anwendung von Pariser Pflaster auftretende Hautkrankheiten, von G. T. Elliot 233
Elektrolytische Operationen in der ärztlichen Praxis, von E. Clasen 233
Die katalytischen Wirkungen des galvanischen Stromes, von Moritz Meyer... 234
Pathogene Protozoen beim Menschen, von Kartulis 234
Durchgängigkeit der Haut für Mikrobien, von B. Wasmuth 439
Neue Behandlungsmethode mykotischer Erkrankungen, von v. Mosetig 440
Über Schwefelbäder, von Barthélemy 440

g. Pharmakologie.

Die essigsaure Thonerde und deren Verordnung, von Theodor Münzberger.. 35
Die Ungiftigkeit des Dermatols, von E. Gläser 35
Die Krankenheiler Seifen; ein Beitrag zur Kenntnis der medikamentösen Seifen, von H. Paschkis 35
Das wirksame Prinzip der Nessel, von Oddi und Lomonaw 35
Pharmakologische Untersuchungen über Salophen, ein neues Salicylsäurederivat, von W. Siebel 35
Die Quecksilberverdampfung aus Quecksilbersalben, von Kunkel 36
Wasserstoffsuperoxyd als therapeutisches und diagnostisches Mittel, von Stuver. 36
Eine neue Administrationsmethode für Jodkalium, von D. Bryson-Delavan... 36
Toiletten- und medicinische Seifen, von J. V. Shoemaker 36
Über pulverförmige medicinische Seifen und einige neue medicinische Stückseifen, von P. J. Eichhoff 36. 181
Alumnol, von Heinz 178
Über das Salol im Organismus, von P. Cornet 178
Zur Wirkung des Lysols, von Cadéac und Guinard 178
Kamphoid, ein Kollodiumersatz 179
Zur Beseitigung des Geruches von Jodoform und Guajakol 179
Jodoformium desodoratum 179
Jodpräparate, von Mannan 179
Versuche mit Tuberkulin bei Rindern zu diagnostischen Zwecken, von F. Geifsler 179
Versuche mit Tuberkulin bei Krankheiten der Rinder, von Tommaso Guida.. 179
Eigener schwerer Fall von Jodoformintoxikation, von P. Näcke 179
Intoxikation durch Perubalsam, von Lohaus 180
Über den Giftigkeitsgrad des Quecksilberoxycyanür, von H. Picard 180
Eine letal verlaufene akute Quecksilbervergiftung durch Einreibung mit grauer Salbe, von Sackur 180
Das Schwefelzinkhydrat in der Dermatologie, von T. Petrilli 180
Ungünstige Wirkung des Gallacetophenons, von W. D. James 181
Anwendung der Seifen in der Dermatologie, von Emil Schwarz 181
Einige neuere Heilmittel in der dermatologischen Praxis, von Charles W. Allen 272
Über Dermatol, von Gläser 273
Dermatol und Jodoform, von Gläser 273
Europhen mit klinischen Bemerkungen über Europhen und Europhen-Aristol, von Shoemaker 273
Über meine weiteren therapeutischen Erfahrungen mit Europhen, von P. J. Eichhoff 273
Europhen und Aristol, von Eichler 273
Europhen und Aristol, von Richtmann 273
Aristol, von C. W. Allen 273
Aristol bei Hautkrankheiten, von Sormani 274
Oxychinaseptol oder Diaphtherin, von Hamecher 274
Oxychinaseptol, von Rohrer 274
Alumnol, von M. Chotzen 274

Flüssige Jodvaseline, von Séhu 275
Euphorin, von G. Peroni und R. Bovero 275
Über Birkenteer, Oleum Rusci, von T. Vigier 275
Über Losophan, von E. Saalfeld 275
Thiol zur Behandlung der Ulcera varicosa, von Moncorvo 276
Über geschmeidiges Thilanin, von E. Saalfeld 276
Pillen mit Salolüberzug 276
Quecksilbersalbe, von Monnet 277
Verordnung von Balsamum Copaivae 277
Zusammensetzung des Niederschlages aus dem Liquor Kalii arsenicosi, von W. Bräutigam 277
Wirkung des Salophens und krystallinische Ausscheidung desselben und verwandter Arzneikörper auf der Haut, von R. Hitschmann 277
Desinfektionswert der Sozojodolpräparate, nebst Bemerkungen über die Technik der Prüfung der Antiseptica, von Spirig 277
Einige Präparate für die Haut, von Mosler 278
Naphtol-Kampfer in der chirurgischen Behandlung tuberkulöser Lymphdrüsenentzündungen, von Courtin 278
Antiseptische Mischungen pulverförmiger Substanzen, von Alberto Cavazzini 278
Über Arsenlähmungen, von Marik 278
Ausscheidung von Blei und Eisen durch die Haut bei der akuten Bleivergiftung, von Oddo und Silbert 279
Atropinintoxikation nach epidermatischem Gebrauch einer Belladonnasalbe, von S. J. Meltzer 279
Wirksame Gemische antiseptischer Stoffe, von Christmas und Respaut 280
Quecksilbervergiftung durch Kalomel und Sublimat, von H. Havas 280
Ein neues Dosierungssystem stark wirkender Arzneimittel, von Theodor Münzberger 280
Ichthyol in der Dermatologie, von E. Mourron 441
Idiosynkrasie gegen Quecksilber, von Schnell 441
Europhen bei suppurativer Otitis mit syphilitischen Ulcerationen, von J. Edward Gibs 441
Eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Dermatols, von G. Wicke 441
Die Intoxikation mit Zinkoxyd, von A. Falcone und Maramaldi 441
Untersuchungen über Stoffwechsel- und Hämoglobinveränderungen bei längerem Gebrauche des Levico-Arsen-Eisenwassers, von Ewald und Dronke 441
Klinische Beiträge zur Lehre von der Wirkung des Nukleins, von Heinrich Mourek 442
Erwiesenes und Hypothetisches vom Arsen, von Th. Husemann 585
Zur Kenntnis der Arsenlähmungen, von Gumprecht 585
Über Blei- und Arsenlähmungen, von Jolly 586
Verbesserte Leberthranpräparate, von Genser 586
Verwendung des Europhens in der venerologischen Praxis, von C. Kopp 586

Verschiedenes.

Der Kollodiumwatteverband und seine Verwendung zu oberflächlichen und fixierenden Verbänden und zur Befestigung von Verweilkathetern, von Ph. Biedert 54
Bestimmung des Geschlechtes bei der Zeugung, von D. E. Keefe 55
Mitteilungen über den Stand der Merkurialkrankheit in den Spiegelbelegen zu Fürth, von Wollner 55
Die Taubenzecke als Parasit des Menschen, von K. Alt 55
Über das falsche Lymphextravasat, von A. Paltauf 56
Über Wimperbildung, von J. Hirschberg 56
Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für 1893 ..... 156. 208
Sterilisation von Jodoforminjektionsflüssigkeiten, von L. von Stubenrauch ... 253
Wiederherstellung eingesunkener Nasen, von R. F. Weir 253
Verwendung des Jodkollodiums bei den Haarkrankheiten als Enthaarungsmittel, von L. Butte 253

Seite
Depilatorium, von T. Augustus Fox 254
Stomatitis infolge von Reizung der Epithelperlen im Munde Neugeborener, von H. J. Garrigues 254
Handdesinfektion, von H. A. Kelly 254
Seltene Haargeschwulst im menschlichen Magen, von O. Bollinger 254
Mattonis Abreifskalender für Ärzte 254
XII. Kongrefs für innere Medicin 302
Impfkrankheiten und Antisepsis der Impfung, von L. Pfeiffer 349
Bleichen geschwärzter Zähne 349
Zur Rhinoplastik der Sattelnase, von Diakonoff 349
Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta, von J. Gurowitsch 349
Pastillen gegen Foetor ex ore 350
Zur Pathogenese der Stomatitis mercurialis, von Lermoyez 350
Mischung von Stickstoffoxydul und Sauerstoff als Anaestheticum bei kleineren Operationen, von Waldo von Arsdalen 549
Bestimmung der Identität der Persönlichkeit durch Narben und andere Körperabzeichen, von C. R. Greenleaf 549
Hodentuberkulose. Tuberkulose der Halslymphdrüsen. Ulcus rodens. Scirrhus der Mamma. Akute Gelenksvereiterung. Fibroma mammae, von J. B. Hamilton 549
Hautverpflanzung nach Thiersch, von Urban 549
Hauttransplantation nach Thiersch bei ausgedehnten Verbrennungen, von Sick 550
Lokale Anästhesie durch Kokain, von J. Neudörfer 550
Flügeldecken der Lytta vesicatoria, von G. Lewin 551
Ungewöhnliche Fälle aus der Dermatologie, von George T. Elliot 605
Vereinfachung der Elektrotherapie durch einen neuen Universalcommutator, von Szuman 606
Hypertrophie der Zungentonsille nebst Bericht über 15 Fälle, von W. Scheppegrell 606

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

I. Anämien.

Asphyxia disseminata des ganzen Körpers bei einem Epileptiker, von Ch. Féré 237
Fall von symmetrischer Asphyxie, von S. H. Scheiber 237
Über symmetrische Gangrän, von Ferdinand Kornfeld 237
Über symmetrische Gangrän, von M. Weifs 238
Fall von symmetrischer Gangrän, von Rakhmanjnoff 442

II. Cyanosen.

Über Erythromelalgie, von Gerhardt 146. 154
Über Erythromelalgie, von Senator 146
Ein Fall von Erythromelalgie, von Bernhardt 146
Diskussion über die Erythromelalgie 238
Erythromelalgie bei einem Paralytiker, von Machol 239

III. Ödeme.

Circumskriptes, transitorisches (angioneurotisches) Odem, von M. A. Starr 147
Eine noch nicht beschriebene Abart von hereditärem Ödem, von W. F. Milary 149
Akutes circumskriptes Hautödem, von Forfsberg 236
Ödem während der Purpura, von Adam 236
Angioneurotische Odeme bei einem neuropathischen Nierenkranken, von Le Gendre 442

IV. Erythantheme.

Seite

Über eine Varietät von Angioneurose, welche Plaques erzeugt, die durch Alopecie, Ischämie, Anästhesie, Achromatose und Pigmentflecke charakterisiert sind, von H. Hallopeau ... 148
Ein durch Arnikatinktur bedingtes arteficielles Erythem, von Dubois-Havenith 149
Urticaria mit heftigem Jucken, von Quinquaud ... 149
Zur Kenntnis des Antipyrinexanthems, von Möller ... 150
Exantheme im Wochenbett, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach, von F. Ahlfeld ... 235
Beitrag zum Studium der infektiösen Erytheme, von J. Mussy ... 236
Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme, von E. Finger ... 236
Urticaria der Kinder ... 443
Erythem nach Einführung von Antipyrin, von F. G. Diaz ... 443
Über Dermographismus, von T. Barthélemy ... 444

V. Blutungen.

Fall von Magengeschwür und Purpura haemorrhagica, von M. Hollevoet ... 146
2 Fälle von hämorrhagischer Urticaria, von W. A. Wills ... 148
Hämophilie, von J. L. Watkins ... 148
Purpura haemorrhagica, von B. K. Rachford ... 148
Zur Ätiologie der Blutkrankheit und verwandter Zustände, von Glass ... 235
Beitrag zur Pathologie der Hämophilie, von Allen Hamilton ... 235
Purpura pneumonica, von Voituriez ... 236
Die skorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge (Barlowsche Krankheit), von O. Heubner ... 240

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

Behandlung der Fissura ani, von L. H. Adler ... 150
Liniment gegen Schrunden der Brustwarzen ... 282

b. Durch Temperatureinwirkung.

Behandlung der Verbrennungen mit Thiol, von Bidder ... 150
Behandlung der Verbrennungen im Kindesalter, von Wertheimber ... 150
Todesursachen nach Verbrennungen, von Salvioli ... 281
Todesursachen nach ausgedehnten Hautverbrennungen, von F. F. Kijanizyn ... 282
Traumatische Dermatitis vesiculosa des Vorderarmes, von L. A. Duhring ... 587

c. Durch chemische Einwirkung.

Seltener Fall von Jodexanthem, von Gustav Kaempfer ... 151
Fall von Arzneiexanthem, von Ehrmann ... 239
Chininkrätze ... 280
Beitrag zum Studium der Hautausschläge nach dem Genufs von Antipyrin, von Henri Fournier ... 280
Blasenausschlag infolge von Quecksilbermifsbrauch, von Mouflier ... 281
Bromexanthem, von Dubois-Havenith ... 281
Erytheme infolge von Einwirkung natürlichen und künstlichen Lichts, von Paul Raynaud ... 443
Ödematöse Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des Antipyrins, von A. Freudenberg ... 443
Pemphigus vegetans jodicus, von Th. Trapesnikow ... 587

Seite
Beitrag zum Studium der Hauterkrankungen nach Arsengebrauch, von C. Rasch 587
Vesikulöser Ausschlag an beiden Händen infolge des Gebrauches hundsledener Handschuhe, von Puy-Le-Blanc 588

II. Neurotische.

a. Lokale.

Behandlung des Herpes der Genitalien, von Monin 151
Zoster femoralis mit Drüsenschwellungen, von G. Fatichi 151
Symptome, Verlauf und Therapie des Herpetismus, von M. Lancéraux 152
Zur Behandlung des Zoster ophthalmicus, von Boursoige 152
Herpes zoster bei Kindern, von Comby 282
Herpes zoster im Gebiete des Nervus radialis bei Masern, von E. Adenot 282
Behandlung des Herpes zoster, von George K. Smith 282
Herpes vacciniformis, von Fournier 283
Herpes der Genitalien, von Besnier 283
Periphere Lähmung des Facialis infolge von Herpes zoster cervico-occipitalis, von L. Perrin 588
Neurotisches Ekzem bei Erwachsenen, von C. R. Barham 589

b. Universelle.

Klinische Untersuchungen über die Prurigo Hebra, von E. Ehlers 152
Prurigo, von Hillairet und Gaucher 283
Beitrag zur Pemphigus-Ätiologie, von Strelitz 283
Pemphigus der Conjunctiva, von W. A. Brailey 283
Pemphigus der Bindehaut, von Fuchs 283
Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria Köbners, von F. Bonaniti 589
Behandlung der Dermatitis herpetiformis, von L. A. Duhring 589
Dermatitis herpetiformis, von St. Mackenzie 590

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Zur Frage der Identität von Varicellen und Pocken, von M. Freyer 153
Die Sterblichkeit an Variola in der Ortschaft Pudsey vor hundert Jahren, von W. L. Hunter 153
Variola-Vaccine, von Ch. Haccius 153
Narbenbildung bei Pocken, von Hartge 153
Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen, von Richard Pick 153
Mitteilung über eine zufällige Vaccination von einem Pockenpatienten, von Bentzsch 154
Zur Ätiologie von Masern, Pocken, Scharlach, Syphilis, von Döhle 383
Bestäubungen, Bepinselungen und Bäder mit Sublimat bei der Behandlung der Variola, von Emerit 384
Abscesse nach Pocken, von Combemale und Marivint 384
Eine Theorie, betreffend die Windpocken, von R. A. Birdwood 384
Bemerkungen über einen Abscefs im Gefolge von Varicellen in einer knöchernen Narbe, von E. Kummer 384
Scarlatina mit langandauernder Hyperthermie, von L. v. Talamon 384
Epidemie von unmittelbar nacheinanderfolgenden Röteln und Masern. Einiges über Röteln und scharlachähnliche Hautausschläge, von Kramsztyk 384
Epidemischer Morbus Brightii und die Scarlatina in Oyonnax und Umgebung, von Fiessinger 385

Seite
Übertragung der Masern, von Reger 385
Bacillus im Blute von Masernkranken, von Canon und Pielecke 385
Variola, Variolois und Varicellen, von Th. Biedert 443

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Über die Erkrankung peripherer Nerven bei Lepra anaesthetica, von C. Dehio 38
Leprose im Mittelalter 38
Lepra und Impfungen, von Henri Fournier 38
Untersuchung über die Frage von der Übertragbarkeit der Lepra durch die Vaccination, von B. Rake und G. A. Buckmaster 38
Lepra und Vaccination in Britisch-Guyana, von Castor 39
Der angebliche Zusammenhang zwischen Lepra und Impfung, von P. S. Abraham 39
Lepra und Impfen, von R. Pringle 40
Fernere Bemerkung über Lepra und Vaccination, von B. Rake und G. A. Buckmaster 40
Die Lepra im transkaukasischen Gebiet, von J. J. Pantjuckow 98
Leprakranke in Bogota 98
Bericht über Lepra in Neu-Süd-Wales 98
Lepra in den russischen Ostseeprovinzen, von P. Hellat 98
Das Leprahospital in Rio de Janeiro, von A. Lima 99
Einige Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Lepra, von B. Rake 184
Blutuntersuchungen bei der Lepra, von Joseph Winiarski 184
Lepra und Tuberkulose, von Damaschino 184
Tuberkulinbehandlung der Lepra, von G. F. Donnovan 185
Lepra und Syringomyelie, von G. Thibierge 185
Angebliche Lepra bei niederen Tieren 186
Einige Veränderungen des Leprabacillus nach Behandlung mit Chaulmogra-Öl, von Oro Mario 284
Leprabacillen, von Unna 284
Beitrag zur Behandlung der Lepra, von J. Carreau 284
Einige Punkte in der Anatomie der Lepra, von Beaven Rake 285
Besuch im Leprahospital bei Drontheim, von Fritz Kunze 285
Die Aussätzigen in Konstantinopel, von Abel 285
Vorkommen einer Form abgeschwächter Lepra bei den pyrenäischen Scheinheiligen, von Lajard und Regnault 286
Klinisches Studium der Lepra, von Ed. Boinet 482
Lepra, von Carreau 482
Übertragbarkeit, Prophylaxe und Behandlung der Lepra, von Mac Auliffe ... 483
Die Lepra und die Leprösen in Frankreich, von Cabanès 483
Die Lepra in der Bretagne, von Zambaco-Pacha 484
Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra, von August Rikli 591
Zur Bestimmung des Procentgehaltes von Fibrin im Blute Leprakranker, von Beaven Rake 591
Fall von Lepra, von S. Gurowitsch 592
Fall von trophoneurotischer Lepra im Marinehospital in Nikolajew, von W. von Knorre 592
Fall von Lepra mutilans, von C. Botter 592
Lepra in Südamerika 592
Notizen über einen Besuch im Lepra-Hospital zu San Remo, von L. A. Duhring 592
Fall von Lepra maculosa et tuberosa, von L. A. Duhring 592

β. *Tuberkulose.*

Vorkommen von Eiweifs im Harn bei tuberkulösen Erkrankungen, von Max Kahane 40
Über die chemotaktischen Wirkungen des Tuberkulins und über die Reinzucht beweglicher Bakterien auf chemotaktischem Wege, von R. Kluge 40

Seite

Einige Resultate bei Verwendung von Tuberkulin und dessen Modifikationen im Adirondack Cottage Sanatorium, von E. L. Trudeau 41
Die toxischen Produkte des Tuberkelbacillus, von S. M. Prudden 41
Behandlung des Lupus vulgaris, von Jarisch 41
Behandlung des Hautlupus mit Chlorzinkeinspritzungen, von Fedorow 99
Heilung eines tuberkulösen Drüsenknotens durch die sklerogene Lannelongue'sche Methode, von Moncorvo 100
Tuberkulin und die lebende Zelle, von C. Denison 100
Behandlung des Lupus, von Tinzi 186
Lysol gegen Lupus, von Leslie Philipps 186
Behandlung des Lupus und der chirurgischen Formen der Tuberkulose mit Tuberkulin, von L. Corazza und T. Meneghelli 186
Vorläufige Mitteilung über eine kombinierte Tuberkulin-Tuberkulocidin-Behandlung, von C. Spengler 186
Hauttuberkulose. Heilung. In der Folge Eingeweidetuberkulose. Erkrankung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen, Nephritis, von Grancher 186
Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberkulöser, von Pizzini 286
Über Haut- und Schleimhauttuberkulose, von Doutrelepont 286
Der Lupus und seine Behandlung, von V. L. Simon 287
Lupus bei alten Leuten, von Dezwarte 287
Fall von Rhinoplastik nach Lupus, von Weinlechner 287
Tuberkulose des Zahnfleisches, von M. Hajek 287
Bemerkungen zu dem Referate des Herrn Prof. Dr. Kraske über meine Arbeit „Übertragung der Tuberkulose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs", von Karl Schuchart 288
Weitere Beiträge zur Kenntnis der kantharidinsauren Natrontherapie, von Schulze 288
Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von M. Hajek 288
Neue Lupusbehandlung, von A. Chaut 593
Diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der tuberkulösen Natur von Eiterungen, von Debraye und Legrain 593

γ. *Syphilis.*

Die Syphilisforschung im Jahre 1891, von Jul. Heller 41
Zur Behandlung der Syphilis, von M. von Zeifsl 42
Zur Therapie der Syphilis mit Merkurialien nebst Bemerkungen über Nephritis bei Luetikern, von Ed. Lang 42
Über Syphilisbehandlung mittelst des elektrischen Zweizellenbades, von Kronfeld 43
Über die Excision des harten Schankers, von O. Horowitz 43
Syphilis des Auges, von Conrad Fröhlich 44
Über Lues laryngis im Kindesalter, von Hermann Straufs 44. 297
Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis, von Engel-Reimers . 44
Die syphilitischen Erkrankungen des Auges, von Leopold Grofsmann 45
Hirnsyphilis und Dementia paralytica, von O. Binswanger 45
Blutseruminjektionen gegen Syphilis, von Arthur Kollmann 45
Vererbung der Syphilis durch die Mutter, von Th. W. Nunn 46
Immunität der Mutter bei hereditärer Syphilis von seiten des Vaters, von P. Diday 46
Betrachtungen über die Diagnose der hereditären Syphilis, von D. Durante ... 46
Spät auftretende hereditäre Syphilis der Knochen, von G. G. Davis 46
Zur Frage der Excision der Initialsklerose, von Gerber 100
Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen, von A. Blaschko 101
Über die Beziehung der Syphilis zur Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, von Heinrich Schmidt 101
Der akute Jodismus und seine Gefahr in der Syphilisbehandlung, von Ernst Finger 102
Gegen syphilitische Alopecie und die Syphilide der Kopfhaut, von Riekma 102
Einige Mittel, um der Ausbreitung der Syphilis vorzubeugen, von C. W. Allen. 103
Morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen, von J. H. Rille 187
Über tertiär-syphilitische subkutane Lymphome, von Busch 188
Vorschläge zur Behandlung der Syphilis im Anfangsstadium, von A. Eichler .. 189
Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, von Augagneur 189

Seite
Über syphilitische Augenerkrankungen, von Galezowski 189
Syphilis und Scharlach, von J. H. Heaney 189
Anwendung der Quecksilbereinreibungen bei der Behandlung der Syphilis, von A. Fournier 189
Über die energische chirurgische Intervention bei den ulcerierten Gummiknoten, von Jakobs 190
Syphilis der Nase, von Treizel 190
Fall von hereditärer Syphilis, von Haslea 190
Beiträge zur Geschichte der Syphilis, von Buret 289
Syphilis und gerichtliche Medicin, von Fournier 289
Zur Kenntnis des sogenannten Skerljevo in Dalmatien, von B. Peričić 289
Beratung und Beschlufsfassung über die Thesen der Kommission zur Vorbeugung der Syphilis 290
Statistik der extragenitalen Schanker, die vom 1. Februar 1890 bis 1. November 1891 auf der Fournierschen Klinik zur Beobachtung kamen, von H. Feulard 291
Zu welcher Zeit der syphilitischen Erkrankung soll deren allgemeine Behandlung beginnen? von Havas 291
Wann soll man die specifische Behandlung beginnen? von Dubois-Havenith . 291
Fall von syphilitischer Reinfektion, von R. Pauly 291
Ätiologie der tertiären Syphilis, von E. Lesser 292
Syphilis und Tuberkulose, von A. Elsenberg 292
Männliche Sterilität infolge von Syphilis, von A. Hanč 292
Versuche zur Erzielung eines milderen Verlaufes der Syphilis, von C. Pelizzari 293
Über die Perioden eines verschärften Auftretens der Syphilis, von C. Pellizzari 293
Über Herzsyphilis, von Mariano Semmola 293
Über die durch Syphilis verursachten Nierenveränderungen, von Jacques Justus 294
Die syphilitische und merkurielle Chloro-Anämie, von Stukovenkoff 294
Die diphtherieähnliche, syphilitische Angina, von A. Rolin 294
Über Vaccine-Syphilis, von M. Kaposi 294
Pustulöses Syphilid und Lichen syphiliticus, von G. Lewin 295
Beiträge zur Lehre von der kongenitalen Syphilis, von Erlenmeyer 295
Ein bisher nicht beschriebenes Symptom hereditärer Syphilis, von Antonino Carini 296
Organe eines im Alter von 3½ Monaten unter den Erscheinungen eines schweren Icterus gestorbenen Kindes, von D. Hansemann 296
Läsionen des Rachens bei Syphilis hereditaria tarda, von Higguet 296
Lues der Zunge, von du Castel 297
Ulcerierte Zungengummata im vierten und fünften Monate nach der Infektion, von Maes 297
Ein typisch-syphilitisches Exanthem, von Maes 297
Das essigsaure Thymolquecksilber, von Mario Migneco 298
Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose und Lebersyphilis mit Cremor tartari in gröfseren Dosen, kombiniert mit roborierenden Mitteln, von M. Sakaki. 298
Diskussion über Blaschkos Vortrag: Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen 298
Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Syphilis mit Hundeserum, von Eduard Cottorel 298
Zur hypodermatischen Behandlung der Syphilis mit Quecksilberpräparaten, von M. von Zeifsl 298
Bereitung der Sozojodolquecksilberlösung zur Behandlung luetischer Affektionen von Schwimmer 299
Erfahrungen über die subkutane Anwendung des Hydrargyrum oxydatum flavum 299
Hydrargyrum formamidatum, von Vishegrad 299
Hydrargyrum benzoicum, von Cochery 299
Antifebrin zur Behandlung weicher und harter Schanker, von K. Basilewitz 299
Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum succinimidatum, von L. Jullien.... 299
Beiträge zur Syphilistherapie mit Oleum cinereum, von A. Hägler 300
Pseudo-Paralysis syphilitica, von Moncorvo 300
Syphilis und Eklampsie, von K. Lang 300
Syphilis maligna praecox des Nervensystems, von G. de la Tourette 300
Beziehungen der Syphilis zu den nervösen Krankheiten der Kinder, von Hadden. 301
Klinischer Beitrag zur Ätiologie der Tabes, von G. Goldflam 301
Statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage, von L. Minor 301

Seite
Eine durch kongenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung, von A. Erlenmeyer 301
Ataxie bei kongenitaler Syphilis, von Square 302
Kopfschmerzen im 2. Stadium der Syphilis und ihre Behandlung, von L. Lyonnet 484
Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hydrargyrum succinimidatum, von L. Arnaud 485
Präparate von visceraler Syphilis, von R. Virchow 485
Halscarcinom und Kehlkopfsyphilis, von B. Baginsky 485
Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung, von C. Sick 485
Das phagedänische Ulcus durum, von Puyo Medina 486
Sclerosis syphilitica des Collum uteri, von Le Camus 486
Syphilitische Nephritis, von J. Prendergast 486
Kontraktur des M. biceps infolge von Syphilis, von J. Prost 486
Beeinflussen sich Typhus abdominalis und Syphilis bei gleichzeitigem Auftreten? von Chr. Maes 486
Statistische Untersuchungen, betreffend die Übertragung der Syphilis von der Mutter auf den Fötus, von F. Lhomer 487
Die Hysterie in ihren Beziehungen zur Syphilis, von B. Lucien 487
Ist die Tabes dorsalis eine syphilitische Erkrankung?, von A. F. Plichon 487
Syphilis und Dementia paralytica, von D. Anglade 487
Über den Bacillus der Syphilis, von Sabouraud 593
Verschiedenes Verhalten der Individuen gegenüber dem syphilitischen Gift, von Ch. Mauriac 593
Über die Hämotherapie der Syphilis, von P. Tommasoli 594
Die verschiedenen Methoden der Hämotherapie der Syphilis, von P. Tommasoli 594
Über Quecksilber-Flanell, von F. Vigier 595
Fall von seltener specifischer Erkrankung des Auges, von Silex 595
Die syphilitische, tuberkulöse und lepröse Nephritis, von Lancereaux 595
Über Syphilis hereditaria tarda, von J. Neumann 596
Zur Kenntnis der Nervenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von Alfred Sänger 597
Eine eigentümliche bei 3 Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefäßveränderungen (wohl Lues hereditaria tarda) von E. A. Homén 598
Meningitis spinalis syphilitica bei einem Paralytiker, von Richter 599
Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke, von H. Hoppe 599

b. *Malleus.*

Bedeutung des Mallein bei der präventiv-diagnostischen und therapeutischen Behandlung der Rotzkranken, von A. Bonome und M. Vivaldi 190

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über die Behandlung der akuten Ekzeme, von Carl Herxheimer 103
Chronisches Ekzem, von Lanara 103
Pathologie und Therapie des Ekzems, von L. Török 103
Zur Kasuistik der Gangrän infolge von Eccema intertrigo, von Halpern 150
Zur Geschichte der Krätze, von Cabanès 191
Fall von Pusteln im Schlund, Rachen, Nase und Kehlkopf, von Audubert 191
Seltener Fall von universeller Scabies (Scabies norvegica), von Oro Mario 191
Ekzeme des Säuglings- und Kindesalters nebst besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und diätetischen Behandlung, von C. P. Russel 191
Über Eccema und Folliculitis des Vestibulum nasi, von P. Tissier 192
Über Möllersche Glossitis superficialis, von Ludwig Hahn 192
Behandlung des chronischen Ekzems mit Kreolin, von Patteson 192. 331
Gegen Komedon, von Blondel 192
Vaccine-Blepharitis, von Erich Peiper 192
Eine Mucorgattung bei schwarzer Zunge, von Ciaglinzki und Hewelke 193
Eccema vulvae, von Lusch 331

Seite

Behandlung der Acne rosacea nach Stopford-Taylor ... 331
Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, inokulable und mikrobiäre Krankheit, von Charles Leroux ... 331
Bemerkungen über einen Fall von Keratodermia symmetrica congenitalis non hereditaria von Audry und Lacroix ... 331
Schwarze Zunge ... 332
Zur Behandlung des Herpes tonsurans, von Abraham ... 332
Erfahrungen bezüglich der Behandlung des chronischen Herpes tonsurans in einer Schule, von L. A. Duhring ... 332
Haarkrankheiten, von Busquet ... 332
Beitrag zum Studium der Trichophytiasis tonsurans, von J. Audrain ... 332
Ekzem des Schnurrbarts, von L. Marchand ... 332
Beitrag zum Studium der Trichophytiasis humana, von R. Sabouraud ... 333
Beziehungen zwischen dem Haarschwund bei Keratosis pilaris und der Alopecia seborrhoica, von L. Brocq ... 333
Über die Pili moniliformes, von R. Sabouraud ... 333
Parasitäre Hautkrankheiten, von Hervouet ... 385
Ekzem und seine Behandlung mit Zinköl, von Richard Drews ... 385
Eccema recens artificiale, von Emerich Thomas ... 385
Pemphigus neonatorum, Erblichkeit und Infektion, von Langfeldt ... 386
Über die Impetigo contagiosa, von Louis Wickham ... 386
Herpes tonsurans ... 386
Herpes tonsurans maculosus, von M. Kaposi ... 386
Psoriasis der Kopfhaut, von E. Besnier ... 387
Neue Behandlungsmethode der Alopecie, von A. Morel-Lavallée ... 387
Pflanzlich parasitäre Hautkrankheiten in Chile, von Frömel ... 387
Dermatitis exfoliativa, von Whitmore Steele-Utica ... 542
Impetigo contagiosa und Eccema pustulosum ... 542
Haarschwund und Trichophytiasis, von Brocq ... 542
Behandlung von chronischem Herpes tonsurans in einem Knabeninstitut, von L. A. Duhring ... 542

b. der Cutis.

2 Fälle von Mycosis fungoides, von L. Philippson ... 107
Über Filaria Bancrofti Cobbold, von v. Lindstow ... 108
Ichthyol gegen Gesichtserysipel, von S. J. Radcliffe ... 193
Behandlung des Gesichtserysipels, von Ch. Talamon ... 193
Acne sebacea, von Barthélemy und Jacques ... 193
Verschiedene Formen der Lymphangitis, insbesondere die ampulläre Lymphangitis, von Morel-Lavallée ... 193
Erythema nodosum pallustre, von Moncorvo ... 194
Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen, von Zehender ... 194
Arthritis suppurativa des Knies im Verlaufe einer Gesichtsrose, von Gaillard ... 194
Über Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung, von Guido Bell ... 194
Bakteriologische Beobachtungen über Furunkel des äußeren Gehörganges, von Maggiora und Gradenigo ... 194
Barbers itch, von W. S. Gottheil ... 194
Ätiologie akuter Zellgewebsentzündungen, eine Karbunkel-Hausepidemie durch Infektion mit tierischem Sekret, von Brunner ... 195
Natur und Behandlung der Tinea decalvans, von Illingworth ... 202
Abortivbehandlung der Bubonen, von Letnik ... 249
Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung, von Bell ... 334
Fall von Rhinosklerom, von Egmont Baumgarten ... 334
Fall von Rhinosklerom, Typhus exanthematicus; Schwund der Rhinosklerom-infiltrationen, von Leop. Lubliner ... 334
Kokainanwendung bei Mastitisoperation, von Rosier ... 334
Zur Drainage der Phlegmone, von Sior ... 334
Mitteilungen über Erysipelas von der I. medicinischen Abteilung des Hamburger Allgemeinen Krankenhauses nebst einigen kritisch-therapeutischen Bemerkungen, von J. A. Gläser ... 335
Abortivbehandlung des Gesichtserysipels mit Sublimatätherzerstäubungen, von Thalamon ... 335

Seite

Fall von Anthrax. Excision des inficierten Gewebes. Heilung, von A. B. Johnson und G. L. Nicholas 335
Typhusbacillen in einem Eiterherd, von Valentini 336
Zur Lehre von den metastatischen Wirkungen des Typhusbacillus, von H. Rosin und B. Hirschel 336
Fall von Noma bei einem 55jährigen Manne, von Anders Hansson 336
Noma bei einem 44jährigen Weibe, von H. Köster 336
Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen, von Schimmelbusch 336
Allgemeininfektion mit Streptokokken infolge von Hauterysipel, von Pfuhl 388
Anthrax und Staphylococcus, von A. Bougan 388
Schwerer Fall von Anthrax, von Davier-Colly 388
Adenitis infectiosa, von Reignier 388
Behandlung der Gesichtsakne, von Renault 388
Behandlung der Gesichtsrose mit Sublimatzerstäubungen, von E. Colas 389
Pemphigus ulcerosus, von A. Mathieu 389
Über Sycosis, von S. Ehrmann 389
Behandlung des Lichen planus mittelst Hydrotherapie, von P. Materne 390
Furunkulose 390
Europhen gegen Rosacea, von J. V. Shoemaker 390
Thrombose der Augenvenen und des Sinus cavernosus infolge von Akne, von Destot 390
Weiche Schanker an den Fingern, von G. Nové-Josseraud 390
Fall von zahlreichen kleinen Schankern mit Fieber, von Legrain 390
Schankröser Bubo der Achselhöhle, von Mauriac 390
Behandlung des weichen Schankers, von Gamel 491
Behandlung des Erysipelas mit Pilokarpin, von Hale 543
Über Lippenaktinomykose, von Nicolaus Mari 543
Die Eingangspforte der Aktinomyces, von Karl Partsch 543
Behandlung der Aktinomykose mit Jodkalium, von Iterson 543
Antiseptische Behandlung des Furunkels und Anthrax, von Burlureaux 544
Mycosis fungoides d'emblée, von Riehl 544
Protozoenbefund bei Mycosis fungoides, von Robert Wernicke 544
Sycosis, von Quinquaud 544
Lymphgefäße bei Elephantiasis Arabum, von L. Teichman 544
Beobachtung von Angina und Stomatitis, durch Streptokokken bedingt. Purpura, Arthropathie, leichte Endocarditis, von Raoult 545
Infektiöse Pneumonie infolge eines gutartigen Erysipels, von Rendu 545
Zur Illustration der Behandlung schwerer Phlegmonen, von Barthauer 545
Über die Behandlung des Panaritium, von A. Schmidt 545
Natur und Behandlung des Lichen Wilsons. Beitrag zum Studium der Hautneurosen, von Jacquet 546
Seltener Fall von Lichen planus, von A. Page 546
Das Mikrobion des weichen Schankers, von R. Krefting 546
Behandlung des Ulcus molle mit Natrium sozojodolicum, von Th. Trapesnikow 546
Das Ulcus molle und der venerische Bubo in ihren Beziehungen zu den Jahreszeiten, von P. Tommasoli 547

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über die Krebsparasiten, von P. Foà 196
Kleinzelliges Sarkom am rechten Vorderarm, von Leon Derville und Guermonprez 196
Fall von Carcinomatosis cutis multiplex, von M. Kaposi 196
Anwendung des Methylvioletts zum Verband carcinomatöser Ulcerationen, von Zilgien 197
Fall von melanotischem Sarkom der Plica semilunaris conjunctivae, von T. J. Meighan 197
Fall von Melanosarkom des Augenlides, von Helferich 197
Sarkome der Augenlider, von Joseph Flack 197
Die parasitäre Theorie des Carcinoms, von Th. Browicz 198
Protozoa und Carcinom, von S. Delépine 199
Beitrag zur Statistik der Geschwülste, von Otto Rapok 187

Seite
Sarkom mit sogenanntem chronischen Rückfallfieber, von C. Puritt 198
Fall von Weichteil-Sarkom der oberen Extremität, von A. Jäckh 199
Zur Lehre von der Ätiologie der Leukämie, von A. Pawlowsky 199
Fall von fibrösem Epitheliom an der Zungenbasis, von J. Wright 337
Heilsamer Einfluſs akuter Infektionskrankheiten auf bösartige Geschwülste, von C. H. H. Spronck 338
Fall von Akromegalie, von Carl Buzer 338
Über das Carcinom, von C. Karg 339
Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen in Krebsgeschwülsten, von Sawtschenko 339. 391
Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen bei Krebsgeschwülsten, von M. A. Ruffer 339
Fremde Beobachtungen über die Wirkungen des Kankroin nebst einigen Bemerkungen von Adamkiewicz 340
Beziehungen der Psorospermosen zur Carcinombildung, von Sheridan Delépine 391
Lokale Behandlung von Vaginalgeschwüren mit Alkohol, von Barsony 391
Umwandlung von Muttermälern in Krebse, von J. Renoul 392
Ulcus rodens, von H. Dangerfield 393
Melanosarkom der Haut, der Muskulatur, des Peritoneums und der Pleura, des Herzens und der gesamten Lymphdrüsen. Diffuse Dunkelfärbung der Haut, von E. Bamberger 393
Melanotisches Sarkom, vorgetäuscht durch eine Ruptur der Vena spermatica, von W. G. Spencer 393
Symmetrisches Auftreten von Bindegewebsgeschwülsten, von Jentzsch 547
Tinktionsbehandluug inoperabler maligner Neoplasmen, von Mosetig-Moorhof 548
Fall von Sarcomatosis, von Palma 548

II. Benigne.

a. der Oberhaut.

Das Papillom der Petroleum-Raffineure, von Leon Derville und Guermonprez 195
Multiple Papillome an Tonsille, Zunge und Epiglottis, von F. Lange 547

b. der Cutis.

Das Angiokeratom, von V. Mibelli 154
Acne keloidea (Bazin), von G. Melle 195
Über Lymphangiome der Mundhöhle, von C. O. Samter 196
Kindskopfgroſses Lipom am Vorderarme mit Reflexepilepsie, von Nicolaus Vucetic 196
Enormes Fibromyom des Labium majus, von Polaillon 196
Zur Kasuistik der Hämangiome, von C. Krenn 198
Gestieltes Lipom am Gesäſs, von J. Reboul 198
Über Lipome, von Bland Sutton 199
Angiome, von Deubel 392
Fall von Angiokeratom, von Ch. Audry und H. Deydier 392
Schmerzhafte Lipome, von Boiffin 392
Multiple Hauttumoren. Epitheliome und Hydradenome, von Audry und Nové-Josseraud 392
Molluscum pendulum der Vulva, von H. Chérot 393
Behandlung der erektilen Tumoren mit Elektrolyse, von F. Heins 393
Verallgemeinertes Molluscum fibrosum, von Plucker 393
Plexiforme Neurome, von Audry und Lacroix 394
Fall von allgemeinen Hautfibromen nervösen Ursprungs, von Audry und Fabre 395
Lymphangioma diffusum multiplex, von L. von Lesser 547
Fall von Akromegalie, von Fratnich 547
Über kongenitale Tumoren, von Patt 548

III. Pigmentanomalien.

Pigmentation bei Morbus Addison, von M. Raymond 338
Über Morbus Addison, von Leichtenstern 394

Seite

Fall von Morbus Addison, von E. Pagenstecher 394
Die Addisonsche Krankheit ohne sichtbare Veränderungen der Nebennierenkapsel. Verwachsung einer tuberkulösen Drüse mit dem rechten Semilunarganglion, von A. Brault und E. Perruchet..... 394

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

Greisenhaut-Geromorphismus, von A. Souques und J. B. Charcot..... 395

b. Lokale.

Fall von trockener Gangrän, von H. J. Daggett..... 49
Behandlung von Beingeschwüren, von S. S. K. Morton..... 49
Einige praktische Bemerkungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. W. Finzi..... 201
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von S. Jessner..... 201
Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtin-Verbandes, von Oscar Romisch..... 201
Ganz excessive Entwickelung der Hautvenen der unteren Extremität und des Bauches, von L. Derville..... 202
Cruralvaricen, von d'Haenens..... 202
Einfluſs des Nervensystems bei gewissen Hauterkrankungen, von A. Ravogli... 203
Hämorrhoiden, von Thomas..... 204
Zur Prophylaxe und Therapie der Hämorrhoiden, von A. Kühner..... 204
Gangrän des Fuſses nach Erysipel am Kopf und Gesicht, von J. T. H. Davis.. 341
Ulcera cruris, Thrombose der linken Cruralvene, Embolie der Pulmonararterie, Tod, von Jwanicki..... 342
Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre, von David Fejer..... 342
Symmetrische thrombotische Gangrän der Füſse, von J. J. Martinez..... 342
Zur Frage der Trendelenburgschen Behandlung der Varikositäten der unteren Extremitäten, von W. W. Prawdoluslow..... 342
Radikalbehandlung der Varicen bei Ulcus cruris, von Quénu..... 343
Zur Behandlung der Hämorrhoiden, von J. B. James..... 343
Gegen Hämorrhoiden, von Kosobudski..... 343
Progressive Gesichtsatrophie, von N. Popoff..... 395
Behandlung der Fuſsgeschwüre, von Osierki..... 396
Einige praktische Bemerkungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. M. Vinzi..... 396
Hautgangrän bei einem Kinde, von Walter F. Roberts..... 396
Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremität, insbesondere bei Diabetikern, von L. Heidenhain..... 396
Über Karbolgangrän, von Rode..... 397
Fall von spontaner trockener Gangrän bei einem 33jährigen Manne, von V. Prauxois..... 397
Fall von herdweiser Atrophie des subkutanen Fettgewebes, von Pfeifer..... 398

II. Specifische.

a. Allgemeine.

Über Myxödem, von Kraepelin..... 48
Fall von Myxödem und Geistesstörung, behandelt mit Injektionen von Schilddrüsenextrakt, von E. C. Carter..... 49
2 Fälle von Xeroderma pigmentosum, von G. Murphy..... 49
Über die Vitiligo, von George Thibierge..... 200
Pathologische Anatomie des Scleroderma, von Albert Hoffa..... 200
Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt, von G. R Murray..... 202
Myxödem und Melancholia agitatoria; Behandlung mit Schilddrüsenextrakt, Heilung, von C. Shaw..... 203

Seite

Fall von Myxödem, von A. Napier ... 203
Zwei Fälle von Myxödem, von H. C. Gordinier ... 203
Über Syringomyelie, von Oppenheim ... 343
Zur pathologischen Anatomie des Sklerodermа, von Hoffa ... 397
Fall von Sclerodermie en plaques, von Ch. Audry und E. Destot ... 397
Behandlung des Myxödems mit Injektionen des Schilddrüsenextraktes, von Davies 398
Cachexia strumipriva, das Myxoedème opératoire und die operative Tetanie, von Neudörfer ... 398

b. Lokale.

Über den Favus, von V. Mibelli ... 47
Trichorrhexis nodosa, von M. P. Ravenel ... 192
Das Achorion Schönleinii, von A. Marianelli ... 200
Behandlung der Alopecia areata mit Jodkollodium, von E. Tison ... 202
Klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium einiger Affektionen der behaarten Körpergegenden mit Ausgang in Atrophie, von A. Ducrey und R. Stanziale ... 337
Favusstudien, I. Teil, von S. Jessner ... 340
Pathologie und Behandlung der Alopecia areata, von R. Crocker ... 341
Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den Cretins, von Lejard 341
Ursprung des Favus, von Busquet ... 398

E. Idioneurosen.

Über Pruritus vulvae, von Seeligmann ... 488
Heilung des Pruritus vulvae durch den konstanten Strom, von S. Cholmogoroff 488
Pruritus ani et vulvae, von Balfour ... 488

F. Sekretionsanomalien.

Gegen Hyperidrose und Schweifsfüfse ... 50
Hemihyperidrosis cruciata, von Bauer ... 50
Behandlung von Schweifshänden ... 50
Zur Therapie des Haarausfalles, von H. Paschkis ... 199
Wirkung des Pikrotoxins auf die Schweifssekretion der Phthisiker, von de Amore 240
Liniment gegen Hyperidrosis der Hände ... 240
Zur Therapie der durch Mangel an Hautfett entstandenen Störungen der Hautfunktion, von O. Rosenbach ... 240

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Kopfläuse, von Trousseau ... 241
Multiple Cysticerci der subkutanen Gewebe, von Pye-Smith ... 241
Differentialdiagnose zwischen Cysticerus cellulosae und Gummata, von G. Lewin 241
Symptomatisches Exanthem bei Icterus, von Leven ... 588

H. Mifsbildungen.

600 neue Fälle von Hyperthelie bei Männern, von Karl von Bardeleben ... 228
Atrichia adnata, von J. F. Schultz ... 242
Fall von Makrodaktylie, von E. Winckler ... 242
Neue Details über Zerstörung der Haare durch Elektrolyse, von L. Brocq ... 242
Radikalepilation auf elektrolytischem Wege, von A. Sack ... 242
Naevi vasculares der rechten unteren Extremität und des korrespondierenden Teiles des Unterleibes mit halbseitiger Hypertrophie, von Braquehaye ... 243
Epidermoide Tumoren der Hand und Finger, von Audry und Lacroix ... 243
Zwei Dermoidcysten, von Börner ... 243
Fall von Dermoidcysten, von Fr. Bowreman-Jesset ... 243
Behaarter Rachenpolyp, von L. Conitzer ... 445
Fall von abnormer Behaarung, von M. Bartels ... 445
Naevi und Naevocarcinome, von P. G. Unna ... 445
Naevus verrucosus unius lateris, von E. Saalfeld ... 446

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Seite

Entfernung eines vier Zoll langen Glasstabes aus der Blase, von T. M. Todd .. 51
Polypen der Harnröhre des Mannes, von H. Goldenberg 51
Pessarium occlusivum in der Harnblase, von Lohnstein 51
Bemerkungen zu J. Links Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der Harnblase des Mannes, von O. Zuckerkandl 52
Zur Kasuistik der Harnröhrenverletzungen. Kontusionsverletzung der Harnröhre; gefahrdrohende Blutung, Urethrotomia externa in der vierten Woche nach der Verletzung. Heilung, von A. Greussing 52
Die akute Cystitis, von Verhoogen 52
Heilung nervöser Störungen durch Circumcision bei Kindern mit kongenitaler Phimose, von Denucé 204
Urethrotomia interna bei Harnröhrenstriktur, von Loumeau 204
Haarnadel in der Harnröhre eines Mannes, von Meltzer 205
Neue Behelfe zur Diagnose und Therapie von Urethralerkrankungen, von Eduard Lang 206
Über nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände, von R. Wagner 206
Balanitis bei einem dreijährigen Kinde, von M. Leith 207
Radikalbehandlung von Urethralstrikturen, von W. Bruce-Clarke 207
Therapeutische Anwendung des Kawa-Kawa, von David Cerna 207
Incontinentia urinae, von William C. Krauss 207
Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der Harnblase des Mannes, von J. Link 207
Einige instrumentelle Verbesserungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten, von Robert Kutner 208
Urethrotomia externa, von J. Kennedy 244
Die Wahrheit über den Tod Napoleons III., von Cabanès 244
Ausspülung der Blase bei chronischer Cystitis der Frauen, von A. S. Lobingier 244
Harnstein in der Pars prostatica, von d'Haenens 244
Zur Frage der operativen Behandlung der Blasengeschwülste, von Otto Zuckerkandl 245
Über eine Harnröhrengeschwulst, von Brown 245
Tod nach Aspiration der Blase oberhalb der Pubes, von F. D. Sanger 245
Infektion der Harnblase quer durch die Wand, von Reymond 245
Spontane Expulsion eines grofsen Steines aus der Scheide, von Henry F. Leonard 246
Fall von Ruptura urethrae, von Kumas 246
Erysipel der Harnblase, von A. von Frisch 247
Zur galvanokaustischen Amputation des Penis, von Schick 248
Zur Plastik der Hypospadie, von C. Lauenstein 248
Kausaler Zusammenhang von Verdauungsbeschwerden mit der Harnretention, von von Alapy 248
Chirurgische Erkrankungen der Harnorgane. Blasenstein, von W. S. Forbes... 248
Uropoetisches System. Klinische Beobachtung, von J. Verhoogen 248
Manuelle Behandlung des nächtlichen Bettpissens (Enuresis nocturna), von M. J. Rawikowitsch 249
Einfacher Apparat zum Sterilisieren von weichen Kathetern, von Robert Kutner 249
Auflösung eines harnsauren Blasensteins durch Emser Wasser, von B. von Langenbeck 344
Retinol mit Salol gegen Cystitis, von Desnos 344
Gebrauch der Salicylsäure bei der Behandlung gewisser Formen von Cystitis, von John R. Bryson 344
Blasenausspülung mit Jodoformemulsion bei eiteriger Cystitis, von Philippson. 344
Seltener Fremdkörper in der Blase, von Seydel 345
Extraktion einer Flasche aus der Blase, von R. C. Newton 345
Unblutige Extraktion einer Haarnadel aus der weiblichen Harnröhre unter Leitung des Cystoskops, von Schendel 345
Vollständig undurchgängige Striktur der Harnröhre. Urethrotomia externa, von Guyon 345

Seite

Tumor der Blase. Tod durch Hämorrhagie, von Guyon ... 345
Zur Behandluug des Blasenkatarrhs, von James Tyson ... 345
Zwei Fälle von Blasenruptur, von P. A. Lloyd ... 345
Prolaps der weiblichen Urethra, von Ludwig Kleinwächter ... 346
Haarnadel in der Harnröhre des Mannes, von S. J. Meltzer ... 488
Permanente Blasenfistel über der Symphyse bei inoperablem Prostatatumor, von Eg. Hoffmann ... 489
Behandlung der Cystitis mittelst Injektionen von Jodoform-Äther-Öl, von Okev-Blom ... 489
Resektion der Urethra in Fällen traumatischer Verengerungen, von E. Vignard 489
Nächtliche Harninkontinenz, geheilt nach der Behandlung des Dr. Swan, von Duvellié ... 489
Salol in der Behandlung der chronischen Cystitis, von Sympson ... 490
Über die ausdrückbare Blase, von Wagner ... 490
Demonstration eines sogenannten Pfeifensteines, von Max Nitze ... 491
Harnstein, von einem Fremdkörper ausgehend, von Kengeres ... 491
Zur Frage der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung, von Kolizew ... 491
Zur Frage der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung, von S. Pasternazki 491
Bericht der Kommission in Sachen der Regulierung des jüdischen Beschneidungsritus 491
Über den Ritus des Aussaugens bei der Beschneidung der Juden, von Chwolson 492
Der Beschneidungsritus bei den Mohamedanern und seine Antisepsis, von S. S. Janowitsch-Tschainski ... 492
Solide perivesikale Tumoren, von Güyon ... 600
Polyp der Harnröhre, von Verhoogen ... 600
Resektion des perinealen Teiles der Urethra. Unmittelbare und totale Heilung, von M. F. Guyon ... 601
Fall von Fremdkörper in der Blase, von Fr. Mann ... 601
Zerreifsung der Harnblase, von H. Schlange ... 601
Zur Kasuistik der Harnblasenzerreifsungen, von R. Rieder ... 602
Schleimhautfissuren der Blase des Weibes, von J. Heitzmann ... 602
Urethralstrikturen, von J. A. Fort ... 602
Eingebildete Strikturen, von Alexander Peyer ... 602
Nützlicher Kniff beim Bougieren der strikturierten männlichen Harnröhre, von Haffter ... 603
Behandlung der eiterigen Cystitis mit Jodoformemulsion, von N. N. Filippow. 603

b. Hoden und Samenblasen.

Zur Therapie der Epididymitis acuta, von Röhrig jr. ... 53
Radikalkur der einfachen Hydrocele nach einem neuen Verfahren, von Quattrociocchi ... 247
Verfahren bei der Anästhesie der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele durch Jodinjektionen, von E. Nicaise ... 247
Hodenkrebs bei einem Kinde, von Sabrazès und Fromaget ... 248
Erektion und Samenergufs bei Erhängten, von Ebertz ... 346
Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen des tierischen Organismus und die chemische Zusammensetzung des Brown-Séquardschen Heilmittels, von Alexander Pöhl ... 600
Zur Pathologie der nicht entzündlichen Hämospermie, von Jamin ... 601

c. Prostata.

Verschiedene Nebenerscheinungen bei Prostataerkrankungen, von Loumeau ... 204
Prostatavergröfserung, von Östreich ... 245

d. Ureteren und Nieren.

Zur Therapie der Ureterfisteln, von Arie Geyl ... 52
Cystinurie, von W. Smith ... 52
Einfluſs einiger edler Metalle auf die Nierensekretion, von Cohnstein ... 204
Weitere Mitteilungen über das Aräosaccharimeter, von J. Schütz ... 205
Fall von Bilharziosis, von Brault ... 207

Seite
Zwei praktische Vorschläge bei Urinuntersuchungen, von L. F. Bishop 244
Cladothrix dichotoma im Urin, von d'Haenens 245
Sarcine im Harn ohne nachteilige Folgen, von J. Finlayson 246
Harnsäure, von N. Wiest 246
Über den Schleim des Harns, von Hans Malfatti 343
Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben, von R. Kutner 343
Reaktion zum Nachweis von Zucker im Urin, auf Indigobildung beruhend, von G. Hoppe-Seyler 344
Studien über Urininfektion, von J. Denys 489
Bakteriologische Untersuchungen über urinöse Infektion, von Ali Krogius 490
Paroxysmale Hämoglobinurie, von Kast 490
Das Urometer von Zoth, von K. B. Hofmann 491
Einfluſs der bestehenden Ureterfistel auf die Harnsekretion, von Schatz 491
Ureterenfistel, von Küster 600
Positiver Wert der Nylanderschen Zuckerprobe nebst Bemerkungen über das das Phenylhydrazin, von Kistermann 600

e. Labien, Vagina etc.

Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus, von F. Trendelenburg 206

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Elastische Salbenspritze zur Selbstbehandlung der Gonorrhoe, von Paul Seliger 53
Die gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen, von Rosinski 53
Die Urogenitalblennorrhoe der kleinen Mädchen, von Cohen-Brach 54
Behandlung der blennorrhagischen Cystitiden mit Sublimatinstillationen, von Loumeau 249
Behandlung der Cystitis mit Sublimatinstillationen, von A. d'Haenens 249
Gonorrhoe und Mikrobien. Behandlung des Tripperrheumatismus mit Sublimateinspritzungen, von Jullien 250
Peritonitis gonorrhoica der Frauen, von Charrier 250
Gewisse Erscheinungen in der Gonorrhoe beim Weibe, von C. P. Noble 250
Behandlung des Trippers beim Manne, von Saalfeld 250
Abortivbehandlung des Trippers, von Janet 250
Blennorrhoea urethrae mit langer Inkubationsdauer, von Ehlers 251
Herzkrankheiten bei Gonorrhoe, von Wilh. His 251
Methylenblau bei Malaria und Gonorrhoe, von Boinet und Tritignau 251
Verbesserter Katheter, sowie einige Bemerkungen betreffs Behandlung der Harnröhre, von C. Wächter 251
Maſsnahmen zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum, von Kirstein 251
Eine Harnröhrenspritze, von W. E. Burton 347
Neue Behandlungsweise der akuten Gonorrhoe, von C. E. Cotes 347
Vollkommene Vereiterung des Hodens infolge gonorrhoischer Hoden und Nebenhodenentzündung, von L. Pérignon 347
Die gonorrhoische Infektion und ihre Behandlung, von Bumm 347
Die Tripperinfektion beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen, von Bumm. 347
Über die juxtaurethralen Gänge als Ursache chronischer Blennorrhoe und über deren Operation, von D. Aldor 348
Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdrüsen am Penis, nebst Bemerkungen zur Pathologie des gonorrhoischen Processes, von C. Touton 348
Gegen chronischen Tripper 492
Lysol gegen die Blennorrhagie, von W. Carballo 492
Örtliche Beeinflussung spezifischer und nichtspezifischer Urethritis mit öligen Mitteln, von Eu. Chancellor 493
Diagnose und Behandlung der Blennorrhoe der Harnröhre, von J. Jornet 493
Über die Infektionsdauer der Blennorrhoe, von H. Feleki 493
Arthritis sternoclavicularis blennorrhagica, von G. Thibierge 494
Zur Prophylaxis des Augentrippers der Erwachsenen und zur Theorie der Blennorrhoea neonatorum, von Wolffberg 494

Seite
Zur Pathogenese der gonorrhoischen Gelenkaffektionen, von H. Stark 494
Über die Peritonitis gonorrhoica bei der Frau, von P. R. Charrier 494
Beitrag zur Gonokokkenmetastase, von Gabriel Horwitz 603
Über Tripper und die zur Verhütung seiner Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Mafsregeln, von Scholz 603
Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von Gonokokken im weiblichen Genitalsekret, von H. Büttner 604
Neues Mittel gegen Gonorrhoe, von Alejandre Infante 604
Gonorrhoeinjektion 604
Ambulante Behandlung der Epididymitis gonorrhoica, von G. Falkson 604
Punktion der Tunica vaginalis bei der akuten blennorrhagischen Orchitis, von M. Trekaki 605
Irrigation mit Lösungen von Kalium permanganicum bei der Behandlung der blennorrhagischen Ophthalmie, von Albert Terson 605

Korrespondenz.

Brief aus den Ostseeprovinzen über die dortigen Lepraasyle, von Dr. Schneider 421

IV. Notizen.

Berichtigung, betreffend Dr. Unnas Preisaufgabe 208
Personalia 252
Berichtigung von Reeker 302
Berichtigung 350

V. Sachverzeichnis 607
VI. Namenverzeichnis 631

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Histologische Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältnis zu den Veränderungen der Alopecia areata, von S. Giovannini (Tafel 1 und 2) 157
Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit, von Ludwig Török (Tafel 3 und 4) 209
Seltener Fall von Arzneiexanthem (Dermatitis medicamentosa diffusa, Erysipelas medicamentosum), von Alfred Lanz 314. 315
Friselausschlag, Lichen tropicus, Miliaria papulosa, Miliaria rubra etc., von S. Pollitzer 417
Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris, von E. von Düring (Tafel 5 und 6) 447
Abbildungen im Text dazu 518. 521. 522

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. 1. Januar 1893.

BOSTON MEDICAL LIBRARY. JUN 5 1897

477

Die künstliche Erzeugung von Hautkrankheiten am Tierkörper durch eine spezifische Protozoenart.

Von

Dr. G. Lindner
in Kassel.

Für die Erforschung der Entstehungs- und Verbreitungsweise der Infektionskrankheiten ist die durch die Bakteriologie festgestellte Thatsache, dafs sämtliche Bakterien nur in feuchtem Zustande sich vermehren und dafs dieselben von feuchten Flächen sich nicht selbständig zu erheben vermögen, dafs sie vielmehr nur in trockenem Zustande — von Staubteilchen getragen — in die Luft übergehen können, insofern bedeutungsvoll, als verschiedene pathogene Bakterien nach dem Eintrocknen noch längere Zeit lebensfähig bleiben, während andere derartige Mikrobien in der Trockenheit alsbald absterben. Erstere werden durch den herrschenden Wind oft auf weite Strecken verweht, und sie scheinen gewöhnlich durch Einatmen in den menschlichen Körper überzugehen, letztere dagegen infizieren denselben meistens durch direkte Einverleibung in den Magen mittelst der Nahrungsmittel und Getränke, manchmal auch wohl durch Berührung des Mundes mit unreinen Fingern oder mit anderen Gegenständen, an denen zufällig die qu. Krankheitskeime haften.

Dieser bakteriologische Lehrsatz, welcher hauptsächlich von denjenigen Infektionskrankheiten gilt, deren Hauptherd auf der Darmschleimhaut sich befindet, giebt aber nicht in jedem Falle einen befriedigenden Aufschlufs über die Ursache der Erkrankung, namentlich nicht bei explosionsweise auftretenden Seuchen, wo gleich beim Beginn derselben an einem Orte eine rasche, oft sprungweise Ausbreitung der qu. Krankheit eintritt. Hier beobachtet man nicht selten Erkrankungen von Personen, bei denen eine direkte Übertragung des Krankheitskeimes gar nicht nachweisbar ist etc.

Auffallend ist es, dafs die von bewährten Bakteriologen in eingehendster Weise vorgenommenen Forschungen nach den vermeintlichen pflanzlichen Erregern der exanthematischen Infektionskrankheiten bis jetzt stets ein negatives Resultat ergeben haben. Deshalb hat sich auch bei

den Autoren schon längst die Meinung geltend gemacht, dafs es sich hierbei um Krankheitserreger ganz anderer Art, nämlich um Mikrozoen handeln dürfte.

Die in dieser Richtung angestellten neueren Forschungen haben in der That zu der Erkenntnis geführt, dafs die organisierten Infektionskörperchen nicht allein unter den Bakterien zu suchen sind, sondern dafs es aufserdem noch eine Reihe von parasitischen Mikroorganismen aus dem Bereiche der niedersten Tiere (Protozoen) giebt, welche in die elementaren Zellen höher organisierter Tiere und des Menschen als Schmarotzer eindringen und auf dieselben eine bald nur reizende und erregende, bald das Leben vernichtende Wirkung üben.

Unter anderen fand L. Pfeiffer (Weimar)[1] bei der Untersuchung des Bläscheninhalts verschiedener Exantheme, namentlich bei Variola, Vacciina, Varicella und bei Herpes zoster regelmäfsig hypertrophische Epithelzellen oft von monströser Gröfse, in deren Innern sich Mikroorganismen vorfanden, die er nur als tierische Schmarotzer aus der Klasse der Sporozoen zu deuten vermochte. Bei weiteren im zoologischen Institute zu Heidelberg unter Bütschlis Leitung vorgenommenen Untersuchungen hat Pfeiffer nachgewiesen, dafs jene hypertrophischen Zellen wirklich von Mikrozoen, namentlich von Clossia, Eimeria oder von Coccidium bewohnt werden, und dafs sich eine analoge Hypertrophie der gesunden tierischen Zelle durch Infektion derselben mit jenen niedersten Tieren künstlich hervorrufen läfst. Nach Äufserung des genannten Forschers bedürfen jedoch seine bisherigen Untersuchungen noch der Nachprüfung und der Vervollständigung seitens der fachkundigen Zoologen, besonders hinsichtlich der Entwickelungs- und Vermehrungsweise der qu. Mikrozoen.

Bei akuten Exanthemen habe ich selbst bisher keine Gelegenheit gehabt, Untersuchungen über das Vorkommen von tierischen Krankheitserregern in den Epidermiszellen, bezw. in dem flüssigen Bläscheninhalte vorzunehmen. Dagegen habe ich in einem Falle von chronischem, stark juckendem Kopfhaut-Ekzem in den eingetrockneten Schörfchen, sowie in ihrer Umgebung befindlichen Schinnen bei zeitweise wiederholten Untersuchungen, besonders im Herbst und Winter, das regelmäfsige Vorkommen einer hochentwickelten, zur Gruppe der stiellosen Vorticellen gehörenden Infusorien - Ciliaten - Art in eingekapseltem, jedoch noch lebens- und entwickelungsfähigem Zustande beobachtet, was sich durch nachfolgende Züchtungsversuche in eiweifshaltigen Nährflüssigkeiten konstatieren liefs. — Sodann fand ich bei weiteren Versuchen, dafs sich dieselben Ciliaten auch auf kurzhaarige Hunde mit weicher fetter Haut, unter anderen

[1] Cf. L. Pfeiffer, Untersuchungen über Parasiten im Blute und in der Lymphe in No. 11 der *Correspondenzblätter des allgem. ärztlichen Vereins von Thüringen 1888*, und *Die Protozoen als Krankheitserreger*. Jena, 1890.

auf Möpse, übertragen lassen, dafs sie bei denselben eine starkes Jucken erregende Hautaffektion — mit oder ohne Anschwellung der Lymphdrüsen — erzeugen, und dafs die betreffenden pathogenen Mikrozoen bei innigem Verkehr des Menschen mit dem infizierten Hunde, z. B. bei Kindern, welche dieses Tier zum Spielen benutzen, von dort auf die menschliche Haut übergehen und daselbst Ekzem hervorrufen können.

Die Morphologie und Biologie dieser mit parasitischen Eigenschaften begabten stiellosen Vorticellen habe ich in der *Deutschen Medizinal-Zeitung* 1892, No. 30 bis 32, näher beschrieben. Der daselbst erwähnte Befund der qu. Ciliaten in der eigenartigen Haarzopfbildung an den Mähnen von Pferden, sowie die mit vorticellenhaltiger Nährflüssigkeit gemachten Übertragungsversuche auf Hunde fallen in die beiden vergangenen Jahre 1890/91. Nachdem ich sodann im laufenden Jahre ähnliche Versuche am Hunde mit demselben Erfolge vorgenommen habe, teile ich nunmehr meine Beobachtungen über die künstliche Erzeugung einer eigenartigen Hautkrankheit beim Hunde durch vorticellenhaltiges Wasser in dieser Zeitschrift mit.

Um sich von der grofsen Verbreitung der qu. Ciliaten in der freien Natur und von ihrer parasitischen Eigenschaft einen richtigen Begriff machen zu können, dürfte es nicht als überflüssig zu erachten sein, dafs den bezüglichen Mitteilungen einige Bemerkungen über die biologischen Charaktere jener Mikrozoen vorausgeschickt werden.

Die qu. stiellosen Vorticellen, für welche ich die Benennung „Askoidien“ vorgeschlagen habe, sind wie die Mehrzahl der Protozoen an das Wasser oder an die feuchte Erdoberfläche gebunden, sie können aber das Eintrocknen viel besser vertragen, wie die Bakterien, weil der in ihr weiches, körniges, safthaltiges Entoplasma eingebettete, die Fortpflanzung der Art vermittelnde Kern (Nucleus) auch nach der Einkapselung des Tierchens noch lange Zeit lebensfähig bleibt. Man findet sie gewöhnlich in Schmutz- und Abfallwässern, die reichliche Mengen von tierischem Eiweifs enthalten, sowie in der mit solchem Wasser durchtränkten oberen Erdschicht. Unter begünstigenden Umständen — d. h. bei warmem Wetter und kräftiger, stickstoffhaltiger Nahrung — vermehren sie sich darin meist massenhaft; ihre Lebensdauer aber scheint, wenn ihre Nährflüssigkeit nicht ab und zu erneuert wird, selten länger als 3 bis 6 Wochen zu betragen.

Die der grofsen Mehrzahl der Protozoen zukommende Eigenschaft, beim Austrocknen ihres Nährbodens, oder bei Einwirkung anderer ihre Existenz bedrohenden Einflüsse behufs Erhaltung der Art sich einzukapseln, besitzen jene Vorticellen in erhöhtem Grade. Hierbei runden sie sich unter oft wiederholten ruckweisen Zusammenziehungen ihres Zellkörpers allmählich ab und gehen unter Ausscheidung einer festen

Hülle in einen Ruhezustand über, aus welchem sie sehr rasch wieder aufleben, sobald man die betreffende Kapsel oder Cyste auf einen geeigneten flüssigen Nährboden bringt. Diese Cysten haben grofse Ähnlichkeit mit den zelligen Elementarteilen des Tierkörpers, so dafs sie mit diesen leicht verwechselt werden können.

Nach LEUCKART erfolgt im allgemeinen die Teilung des Infusorienkörpers oft innerhalb der Cyste, indem die Einkapselung der Bildung von Sprösslingen vorangeht. Bald sieht man 2 bis 4, bis 8 Sprösslinge und darüber innerhalb der Kapsel sich entwickeln und nach erlangter Ausbildung ihre Umhüllung durchbrechen, um dann ihr Leben selbständig im Freien fortzusetzen. Unter dem Schutze der oft recht dickwandigen Cyste vertragen die sonst nur im Wasser gedeihenden zarten Geschöpfe ein völliges Austrocknen. In diesem Zustande kann man sie wie Pflanzensamen oder Helmintheneier jahrelang trocken aufbewahren, und man sieht sie alsdann bei Wasserzusatz oft schon nach wenigen Stunden im Vollbesitze ihrer Lebensenergie durch die Kapselwand hervorbrechen. LEUCKART hebt hierbei die Bedeutung dieser Erscheinung für die Lebensgeschichte der Infusorien hervor, indem er betont, dafs der Einkapselungsprozefs nicht blofs zur Erhaltung und zur Fortpflanzung der Art dient, sondern dafs derselbe auch ihre weitere Verbreitung in der Natur — die in früherer Zeit wahrscheinlich mit zu der Hypothese der generatio aequivoca beigetragen hat — vermittelt. Durch den Wind, der über die ausgetrockneten Tümpel streicht, können die daselbst befindlichen Infusoriencysten leicht aufgehoben und in weite Ferne verweht werden. In dem atmosphärischen Staube sind solche Kapseln von EHRENBERG u. a. vielfach nachgewiesen worden u. s. w. (Cf. LEUCKART, *Die Parasiten des Menschen*, 2. Aufl., Bd. I., S. 298.)

Ein ähnlicher Vorgang, wie er in den vorstehenden Angaben des berühmten Zoologen beschrieben ist, läfst sich auch bei den in Rede stehenden Vorticellen nachweisen, obschon ich beobachtet habe, dafs sich diese Ciliaten seltener durch Teilung innerhalb der Cyste, sondern hauptsächlich durch eine besondere Art von Kopulation und bei kräftiger Ernährung auch durch wirkliche Begattung zwischen Männchen und Weibchen vermehren. (S. meine Mitteilungen a. a. O.) — Die Einkapselung beim Austrocknen des Nährbodens etc. erfolgt hier gewöhnlich gruppenweise, indem sich mehrere Individuen fest aneinanderlegen resp. zwischeneinanderschieben und — unter öfteren Zusammenziehungen ihres Zellkörpers sich abrundend — schliefslich mehr oder weniger regelmäfsige sarcineartige Gruppen bilden. Unter dem begünstigenden Einflufs von Wärme und Trockenheit geht die Verflüchtigung dieser Cysten durch die atmosphärische Luft vermöge ihrer unebenen und porösen Oberfläche, sowie ihre Wiederbelebung bei Zusatz von Flüssigkeit rasch von statten; nach

länger dauernder Aufbewahrung der Cysten in trockenen Behältern vergehen aber gewöhnlich ein bis zwei oder mehrere Tage, bis sie auf geeignetem flüssigen Nährboden wieder aufleben.

Was die Aufgabe betrifft, die diesen Vorticellen im Haushalte der Natur zukommt, so scheint sie, wie bei anderen Saprozoen,[2] hauptsächlich in der Aneignung und Vertilgung faulender organischer Substanzen und von Spaltpilzen zu bestehen. Sie leben hauptsächlich von tierischen Eiweifsstoffen und von Bakterien, und sie gedeihen sehr gut in den dieselben enthaltenden Nährflüssigkeiten, besonders wenn man letzteren ein wenig Kochsalz zusetzt. Die gestielten Vorticellen scheinen sich dagegen mehr von vegetabilischem Detritus zu nähren, indem sie in einfachem Heuaufguſs gut gedeihen, während sie in Blutserum, oder in Fleischbrühe mit Salzzusatz entweder zu Grunde gehen, oder sich alsbald einkapseln. Mit dieser Vorliebe der Askoidien für tierische Nahrung steht wahrscheinlich ihre parasitische Natur in innigstem Zusammenhang. Sie gedeihen gleich gut in frischem, wie in faulendem Blut, in Lymphe, in serösen und schleimigen Exsudaten, bezw. Exkreten, in mit Wasser verdünntem Fleischsaft, in Milch u. s. w. Von Bakterien verzehren sie nicht allein die indifferenten, sondern sie verschmähen auch nicht die virulenten Arten, z. B. die Tuberkelbacillen. Bei ihrer Züchtung in Reinkulturen von Cholera- und Typhusbacillen, die ich mir vom Herrn Prof. WOLFFHÜGEL zu diesem Zweck erbeten hatte, habe ich wiederholt beobachtet, daſs sie in denselben nicht sogleich absterben, daſs sie sich jedoch bald einzukapseln suchen, ohne sich zahlreich zu vermehren. Bei diesem Einkapselungsvorgang aber können — abgesehen von den bereits verschluckten Bakterien — Tausende von diesen kleinen Lebewesen an der schleimigen Umhüllung (Ektoplasma) jener Ciliaten haften bleiben.

Aus diesen experimentellen Beobachtungen, sowie aus dem Befunde ihrer Kapseln in den Stuhlentleerungen von Typhuskranken (vgl. die Mitteilung a. a. O.) läſst sich schlieſsen, daſs unsere stiellosen Vorticellen im Haushalte der Natur eine zweideutige Rolle spielen, indem sie anscheinend einerseits dazu dienen, pathogene Bakterien, welche zufällig in Wasserläufe, Bäche, Flüsse, Brunnen, Schlammboden u. s. w. gelangt sind, sich anzueignen, während sie andererseits allerhand Infektionsstoffe auf Menschen und Tiere — vermöge der raschen Verflüchtigung ihrer eingetrockneten Kapseln — übertragen und unter begünstigenden Witterungsverhältnissen die Entwickelung von seuchenartigen Krankheiten vermitteln können. Für die Richtigkeit dieser Hypothese fehlen allerdings noch die strikten Beweise, zu deren Erbringung die Mitwirkung von Fachmännern auf verschiedenen Gebieten der Wissenschaft erforderlich ist.

[2] Hierzu gehören unter anderen die Paramäcien, Kolpoden, Glaukomen und verschiedene Monaden-Arten.

Gegen Essig und andere Säuren sind die Infusorien im allgemeinen zwar sehr empfindlich, doch leisten — nach den von mir vorgenommenen Versuchen — die Kapseln der Vorticellen der Säure des tierischen Magensaftes längere Zeit Widerstand. Man findet deshalb im Darminhalt, sowie in den Faeces sowohl bei Tieren, wie beim Menschen (s. a. a. O.) im gesunden sowohl, als im kranken Zustande nicht selten die lebens- und entwickelungsfähigen Cysten dieser Ciliaten. Besonders zahlreich fand ich sie in den Darmentleerungen einiger Typhuskranken.

Auf die äufsere Haut von Menschen oder Tieren können die Vorticellen sowohl eingekapselt, als lebend auf verschiedenen Wegen, teils durch die Luft, teils durchs Regenwasser, oder beim Waschen und Baden gelangen. Im Regenwasser, welches ich in sterilisierten Gläsern aufgefangen hatte, habe ich jene Kapseln öfters, sowohl im Frühjahr und Sommer, besonders nach vorangegangener andauernder Trockenheit, als namentlich im Spätherbst — kurz vor Eintritt des Winters — vorgefunden. Durch diesen Befund konnte ich mir auch erklären, in welcher Weise ein meist im Herbst und Winter bei mir auftretendes Ekzem der Kopfhaut, in dessen Bläschen oder Schörfchen sich bisher regelmäfsig Vorticellencysten nachweisen liefsen, zur Entwickelung gelangen dürfte. Dieser Ausschlag beginnt gewöhnlich am Hinterhaupt mit leichtem Verkleben einiger Haare und einem lästigen Gefühl von Hautjucken, und er verbreitet sich von da, falls nicht alsbald die zur Tötung der Mikrozoen erforderlichen Mittel (Sublimatwasser 1 ‰, oder weifse Präcipitatsalbe, verdünnter Essig etc.) angewendet werden, binnen kurzem unter starker Schinnenbildung über die ganze behaarte Kopfhaut.

Dafs die in Rede stehenden stiellosen Vorticellen in hiesiger Gegend im Freien sehr verbreitet sein müssen, das erhellt unter anderem aus dem öfteren Vorkommen ihrer Cysten im Darminhalt von Schweinen (vgl. a. a. O.), sowie in den hier häufig zur Beobachtung kommenden Zopfbildungen an den Mähnenhaaren von Pferden. Bei feuchtem, regnerischem oder nebligem Wetter finden sich nämlich in der wärmeren Jahreszeit vom Frühjahr bis zum Herbst besonders bei Bauernpferden, die nicht alle Tage gründlich gereinigt und gestriegelt werden, ferner bei Gäulen, welche zum Betriebe der Pferdebahn dienen etc. nicht selten eigentümliche zopfartige Geflechte an den Mähnenhaaren. Dieselben beginnen in der Regel mit Verkleben der Haare an ihren Spitzen, welchem ein lockenartiges Einrollen der dadurch gebildeten Haarbüschel, und oft ein regelmäfsiges Verflechten derselben folgt. Bei näherer Untersuchung solcher von verschiedenen Pferden stammenden Haarzöpfe und Züchtung der in kleine Teilchen zerschnittenen Haare in Fleischbrühe fand ich ganz regelmäfsig mehr oder weniger zahlreiche lebensfähige Vorticellencysten in denselben, welche ich für die veranlassende Ursache jener Haargeflechte halte.

Wahrscheinlich bleiben die in der Luft, resp. im Regentropfen zeitweise in gröfserer Menge suspendierten Cysten mittelst ihres schleimig-klebrigen Ektoplasmas an den von Regen und Schweifs feucht gewordenen staubhaltigen Mähnenhaaren haften und bewirken dann, indem sie an den Haarschäften weiter kriechen, das Einrollen und Verflechten derselben. Der Sitz jener Mikrozoen beschränkt sich übrigens, so weit als mir bis jetzt bekannt, nur auf die Mähnen; die Haut der betreffenden Pferde bleibt intakt. — Aufser einem stellenweisen Verlust des Epithels fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung jener Haare nichts Abnormes; namentlich waren spezifische Bakterienarten an denselben nicht nachweisbar.

Dafs jedoch die Vorticellen sich nicht etwa von dem Detritus des Haarepithels ernähren, liefs sich durch folgenden Versuch nachweisen: Vom Menschen, bezw. von Pferdemähnen entnommene Haare wurden zuerst durch heifse Dämpfe von anhaftenden Mikroorganismen gereinigt, sodann in je ein mit destilliertem und durch Abkochen sterilisiertem Wasser gefülltes reines Glas gethan und in dieser Flüssigkeit zahlreiche, kräftig entwickelte Vorticellen gezüchtet. Dieselben verkümmerten alsbald und starben in kurzer Zeit ab, während sie längere Zeit frisch und fortpflanzungsfähig blieben, sobald als zu jener Flüssigkeit eiweifshaltige Substanzen, z. B. die Exsudate von Ekzembläschen, Bluttröpfchen u. s. w., zugesetzt wurden. — Hieraus läfst sich schliefsen, dafs die Mähnenhaare der Pferde den in der Luft suspendierten Vorticellencysten nur zum vorübergehenden Aufenthalt dienen, und dafs letztere hier nicht als Schmarotzer, sondern als organische Fremdkörper zu betrachten sind, welche keine Hautaffektion, sondern blofs einen Schönheitsfehler an den Mähnen hervorrufen. Da sich indessen nach den hier mitgeteilten Beobachtungen annehmen liefs, dafs die qu. Vorticellen mit Vorliebe an den Haaren von Menschen und Tieren sich ansiedeln, so suchte ich ihre etwaigen parasitischen Eigenschaften zunächst durch Tierversuche zu erforschen. Bei zwei Kaninchen — einem kräftigen, vollständig ausgewachsenen Weibchen und einem noch ganz jungen Männchen — liefs ich an einer drei bis fünf Markstück grofsen Stelle des Rückens die Haare glatt abrasieren und auf dieselbe ein paar Tropfen vorticellenhaltiger Nährflüssigkeit aufpinseln. Bei der nach ein paar Tagen vorgenommenen Untersuchung liefsen sich zwar einige Kapseln jener Ciliaten an den die kahlen Stellen begrenzenden Haaren der Kaninchen nachweisen, übrigens aber trat trotz wochenlanger Beobachtung nicht die geringste Reaktion bei diesen Tieren ein.

Hierauf benutzte ich als Versuchstier einen feisten Mops, welcher an der linken Hüfte eine haarlose Brandnarbe von dem Umfange eines Hühnereies hatte. Auf diese kahle Stelle übertrug ich mittelst eines Haarpinsels etwas Infusorienwasser und beobachtete das Versuchstier von

da ab täglich. Am nächsten Tage fand ich auf der Infektionsstelle, sowie auf der angrenzenden behaarten Haut nur vereinzelte Vorticellencysten; dasselbe Resultat ergaben auch die im Laufe der folgenden acht Tage vorgenommenen Untersuchungen bei dem Hunde, und da derselbe in dieser Zeit vollständig gesund und frei von jeder Hautaffektion blieb, so nahm ich an, dafs das Tier die auf seine Haut übertragenen Protozoen gröfstenteils abgeleckt habe. Ich hielt es deshalb für nutzlos, das fragliche Infektionsresultat weiter zu verfolgen. — Nach etwa 14 Tagen bemerkte ich indessen eine auffallende Unruhe und Unstetigkeit bei dem Tier, die sich durch öfteren Ortswechsel, Wälzen auf dem Rücken, Belecken und Benagen der Haut an verschiedenen Stellen, Beklopfen mit den Hinterfüfsen etc. äufserte, was um so mehr auffiel, da der Mops ziemlich frei von Ungeziefer war. — Ein Hautausschlag war zur Zeit bei demselben nicht nachweisbar. — Durch Abwaschen der Haut mit warmem Seifenwasser wurden jene Symptome eher gesteigert, als vermindert, und als ich eines Tages einzelne Haare auf dem Rücken, wo das Hautjucken am lebhaftesten sich zu äufsern schien, behufs mikroskopischer Untersuchung ausziehen wollte, liefs sich gleich ein ganzer Büschel voll lose sitzender Haare daselbst entfernen, so dafs am vorderen Ende des Rückens eine kahle Hautstelle von 4—5 cm Durchmesser sich gebildet hatte. Überhaupt liefsen sich die Haare längs des ganzen Rückens leicht ausziehen und schienen hier gröfstenteils nur lose zu sitzen. Bei näherer Untersuchung dieser Haare fanden sich hier und da an den Schäften encystierte Vorticellen, welche in Bouillonkulturen binnen ein paar Tagen wieder auflebten. Besonders zahlreich und lebenskräftig erschienen diese Cysten in den von Hauterosionen auf dem Rücken, — die sich das Tier durch Scheuern und Reiben an der eisernen Kante einer Bettstelle zugezogen hatte, — herrührenden, mit Blut durchtränkten Schorfen und Krusten, in deren Nähe vier rundliche Lymphdrüsenschwellungen von dem Umfange einer kleinen Kirsche sich entwickelt hatten. Die eine von diesen ebenfalls starkes Jucken erregenden Wucherungen der Lymphgefäfse und des Unterhautzellgewebes excidierte ich nach Abrasieren der Haare und Abseifen der Haut mit der COWPERschen Schere; hierbei fanden sich im Innern dieser Drüsenschwellungen zahlreiche entwickelungsfähige Vorticellenkapseln. In dem aus der Nähe der Knoten entnommenen cirkulierenden Blute liefsen sich jedoch Spuren von Mikrozoen nicht nachweisen. Zur Beseitigung des Hautleidens liefs ich nun sowohl auf die kahle Hautstelle, wie auf die Schorfe und die Drüsenknötchen täglich zweimal weifse Präcipitatsalbe einreiben und den ganzen Rücken, sowie die Seitenflächen desselben einmal des Tages mit 1‰ Sublimatlösung waschen. Bis zur Bauchfläche und zu den Füfsen waren die Infusorien anscheinend noch nicht vorgedrungen. Durch die Sublimatwaschung wurde der qualvolles

Jucken erregende Hautreiz jedesmal eine Zeit lang sichtlich gemildert, und das sonst ziemlich wasserscheue Tier gab deshalb stets durch Wedeln mit dem Schwanze seine Freude zu erkennen, sobald als ich ihm die Flasche mit Sublimatlösung zeigte.

Nach zehntägiger Anwendung der genannten Quecksilberpräparate war die als Puritus cutaneus diagnostizierte Hautaffektion ziemlich gehoben, und auf der kahlen Hautstelle des Rückens zeigte sich wieder beginnender Nachwuchs von neuen Härchen; die Lymphdrüsenknötchen aber bildeten sich bei fortgesetzter Anwendung der Präcipitatsalbe viel langsamer zurück. — Auf dem Schwanze, welcher erst später mit Sublimatlösung gewaschen wurde, waren durch Ausfallen der Haare ein paar kahle Stellen entstanden, auf denen seither neue Haare nicht wieder gewachsen sind. — Von der Brandnarbe an der linken Hüfte, auf welche die protozoenhaltige Flüssigkeit übertragen worden war, waren die Vorticellen vollständig ausgewandert, und an dieser Stelle vermifste ich auch jede Spur von Pruritus.

In welcher Weise die Wanderung der Vorticellen, die doch gleich mit dem Eintrocknen ihrer Nährflüssigkeit auf dem Hundekörper sich eingekapselt haben mufsten, auf der 20 cm von dort entfernten Strecke bis zum Nacken im Verlaufe von 2—3 Wochen vor sich gegangen ist, und wie sie sich auf diesem Wege — ob durch Teilung, Kopulation, Begattung oder durch Amphigonie — vermehrt haben, das ist mir bis jetzt zu ermitteln noch nicht gelungen, jedoch werden hoffentlich weitere Untersuchungen darüber Aufklärung bringen. Es scheint fast, als ob die grofse Weichheit der Haut bei den Möpsen und ihre dicht stehenden kurzen Haare auf das Eindringen der Cysten in die Haarbälge und Talgdrüschen der Haut in erhöhtem Grade begünstigend wirken; allein auch auf der nichtbehaarten menschlichen Haut scheinen sich diese Mikroorganismen, die wahrscheinlich auch in eingekapseltem Zustande auf kurze Strecken sich fortzubewegen und somit nach und nach immer weiter zu kriechen vermögen, nach direkter Übertragung mehr oder weniger rasch zu verbreiten. Bei zwei Kindern, welche während der betreffenden Inkubationsperiode mit dem qu. Mops, den ich ebenso, wie es bei den Kaninchen der Fall gewesen, nach Verlauf von einigen Tagen für immun gegen jene parasitischen Protozoen hielt, öfters gespielt und dabei ihren Kopf und Nacken an den Rücken des Hundes angeschmiegt hatten, war schon nach wenigen Tagen ein stark juckender ekzematöser Bläschenausschlag zur Entwickelung gekommen, welcher sich bei einem Kinde vom Nacken bis zur Kreuzgegend, bei einem anderen von dort bis zu den Achselhöhlen erstreckte. Auch hier fanden sich in dem Sekrete der Bläschen lebensfrische Vorticellenkapseln, welche in geeigneter Nährflüssigkeit alsbald auflebten, während sie durch die angegebenen Quecksilberpräparate, zum Teil auch

durch Waschungen mit verdünntem Essig getötet und das Exanthem gleichzeitig dadurch geheilt wurde.

Im Laufe des Frühjahrs und Sommers 1892 war ich durch länger dauernde Krankheit verhindert, weitere Versuche an verschiedenen Tieren vorzunehmen, um den Parasitismus jener stiellosen Vorticellen auf dem Tierkörper näher zu prüfen. Ich habe deshalb nur den vorjährigen Versuch am Hunde inzwischen wiederholt, und zwar mit dem nämlichen Erfolge. Kurz vor meiner Abreise nach Wildbad zum Gebrauch einer Badekur im Monat Juli cr. strich ich, wie im vergangenen Jahre, ein paar Tropfen von der vorticellenhaltigen Kulturflüssigkeit auf die Brandnarbe an der linken Hüfte auf und übergab den Hund während meiner Abwesenheit dem Hausmädchen zur Beaufsichtigung. Als ich dann nach etwa fünf Wochen zurückkehrte, fand ich das Tier ziemlich abgemagert, und bei näherer Erkundigung erfuhr ich, dafs es seit 2—3 Wochen den Tag über und oft auch des Nachts sehr unruhig gewesen sei, sich häufig auf dem Rücken gewälzt, verschiedene Stellen des Körpers mit den Beinen beklopft, oder mit den Zähnen benagt habe etc., ohne dafs eine Ursache des Hautreizes wahrnehmbar war. Bei näherer Untersuchung fand ich nun auf dem Rücken des Tieres in der Nähe des Schwanzes wie beim ersten Infektionsversuch 3—4 haarlose, zum Teil erodierte Hautknötchen von dem Umfange einer mittelgrofsen Kirsche, in deren Parenchym — (ich habe diesmal nur eine von diesen Lymphdrüsen auf Protozoen untersucht) — sich mehrere frische Vorticellencysten vorfanden. Die sofort vorgenommenen Bepinselungen der Drüsengeschwülste mit weifser Präcipitatsalbe und die Waschungen der Haut mit Sublimatlösung (1‰) hatten zwar eine augenscheinliche Milderung des Hautreizes, jedoch immer nur von kurzer Dauer, zur Folge. Allem Anschein nach hatten sich die Mikrozoen diesmal nicht auf den Rücken des Hundes beschränkt, sondern auch über einen grofsen Teil des Bauches und der Extremitäten verbreitet. Da sich inzwischen mehrere neue, durch Wundscheuern exulcerierte Drüsenknötchen längs des Rückens entwickelt hatten und durch Ausfallen vieler Haare ein räudeartiges Aussehen eingetreten war, so zog ich einen hiesigen Tierarzt zu Rate. Derselbe teilte mir mit, dafs eine derartige Hautkrankheit bei Hunden verschiedenartiger Rasse in hiesiger Gegend nicht selten vorkomme, und dafs sich nach seiner Beobachtung ein Waschwasser aus Plumbum aceticum 25,0, und Alumen crudum, 5,0 in 1 l Wasser gelöst, sowohl zur raschen Beseitigung des Hautreizes, wie zur baldigen Heilung des Ausschlages vorzugsweise bewährt habe. — Als veranlassende Ursache dieses Hautleidens würden gewöhnlich unreine Säfte angesehen; näheres aber sei darüber nicht bekannt.

Das angeführte Heilmittel erwies sich auch in dem vorliegenden Falle thatsächlich als vorzüglich wirksam, indem schon nach wenigen

Waschungen mit demselben das quälende Jucken beseitigt, die exulcerierten Hautstellen vernarbt und die Drüsenschwellungen eingeschrumpft waren. — Bei weiteren Versuchen fand ich, dafs durch jene Mischung von essigsaurer Blei- und Alaunlösung ebenso wie durch Sublimatlösung und stark verdünnte Jodtinktur — nicht blofs die lebenden Vorticellen, sondern auch die eingekapselten Formen derselben rasch getötet werden.

Aus der prompten Wirkung des qu. Waschwassers bei dem infizierten Hunde liefs sich demnach schliefsen, dafs die encystierten Vorticellen hauptsächlich die veranlassende Ursache der beschriebenen Hautaffektion gewesen sind. Der Einwand, dafs die verschiedenen, in der Kulturflüssigkeit der Vorticellen mitenthaltenen Fäulnisbakterien vorzugsweise jenen hochgradigen Hautreiz veranlafst haben könnten, erscheint hinfällig, weil solche vegetabilische Mikrobien, wenn sie an einer kleinen Stelle auf die unverletzte Oberhaut des Tieres übertragen werden, eine über den Körper desselben allmählich sich verbreitende, pruritusartige Hautkrankheit für sich allein nicht zu erzeugen vermögen. Aufserdem spricht dagegen namentlich der Befund von Vorticellenkapseln längs des Rückens in den Lymphdrüsen, sowie an den Haarschäften.

Schliefslich bemerkte ich noch, dafs die auf der Höhe der Hautaffektion in grofser Zahl ausgefallenen Haare des Hundes durch Nachwuchs gröfstenteils jetzt wieder ersetzt sind; nur auf den exulcerierten Stellen der Lymphdrüsen-Schwellungen sind einige haarlose Knötchen von geringem Umfang zurückgeblieben.

Betrachtungen über die Prurigo (HEBRA).

Von

Dr. E. VIDAL-Paris.

Vortrag gehalten in der Sitzung vom 6. September 1892 des II. Internationalen Dermatologischen Kongresses in Wien.

Auf dem I. Internationalen Dermatologen-Kongresse in Paris hatte ich in der Sitzung vom 5. August 1889 gelegentlich der Diskussion über die Lichenfrage die Gründe geltend zu machen gesucht, nach denen der Lichen simplex circumscriptus (Lichen circumscriptus nach WILLAN und BATEMAN) mehr berechtigt wäre, der Lichengruppe auzugehören, als der Lichen scrophulosorum. — In der That ist der sog. Lichen scrophulosorum von der französischen Schule stets als eine Abart der Folliculitis pilo-sebacea chronica angesehen worden, und nach den neuesten Unter-

suchungen von JACOBI, SACK, HALLOPEAU und DARIER müfste derselbe zur Symptomengruppe der Hauttuberkulose zugezählt werden.

Ich hatte gegen die einseitige Einteilung FERDINAND VON HEBRAS protestiert, FERDINAND VON HEBRAS, dieses gelehrten Dermatologen, dem ich mich glücklich schätze, hier, in den Räumen der Wiener Universität, zu deren berühmtesten Leuchten er gehört, meine Huldigung darzubringen, als unserem eminenten Meister und Lehrer, zu dem wir alle mit Bewunderung emporblicken, als dem Gründer dieser grofsen Wiener dermatologischen Schule, deren bedeutende Arbeiten so unendlich viel dazu beigetragen haben, das Studium der Hautkrankheiten in wissenschaftliche Bahnen zu lenken, und die in wenigen Jahren zu so zahlreichen, wichtigen Entdeckungen geführt und uns die Verwirklichung so hervorragender Fortschritte auf dem Gebiete der Dermatologie ermöglicht hat. — Ich hatte versucht, diejenige Meinung geltend zu machen, welche ich immer in meinen Vorlesungen und Publikationen[1] betont hatte, nämlich, dafs der Lichen nicht mit dem Ekzem verwechselt werden dürfte, dafs er eine vom Nervenzustande der Haut abhängige Dermatose darstelle, welche in pathologischer Beziehung mehr Berührungspunkte mit der Urticaria als mit dem Ekzem hätte. Ich bin mit meiner Meinung allein geblieben, und nicht eine einzige Stimme hatte sich zu Gunsten meiner These erhoben.

Gegenwärtig hat, dank den Publikationen meines Freundes und Kollegen BROCQ, dank den Untersuchungen, die er mit JACQUET[2] vorgenommen, das Studium der Dermatoneurosen, unter denen der Lichen simplex chronicus und die Prurigo den wichtigsten Platz einnehmen, bedeutende Fortschritte gemacht. Die meisten französischen Dermatologen erkennen den Lichen simplex chronicus als Krankheit sui generis an und verwechseln denselben nicht mehr mit dem Ekzem.

F. v. HEBRA hatte den Lichen circumscriptus vom Ekzem getrennt und befand sich in diesem Punkte in Übereinstimmung mit ERASMUS WILSON und mit Prof. HARDY. Da der Lichen simplex während seiner ganzen Dauer den papulösen Charakter und die trockene Beschaffenheit beibehalten kann, ohne die weiteren Stadien des trockenen Ekzems — Krustenbildung, Abschuppung — durchzumachen, hat HEBRA den Namen „Eczema papulatum“ geschaffen und den Lichen simplex wieder der Ekzemgruppe zugeführt.

In seiner meisterhaften Beschreibung der Prurigo ferox giebt HEBRA an, dafs man neben den grofsen Papeln sehr kleine sieht, welche

---

[1] E. VIDAL: Über den Liehen. *Ann. de derm. et de syph.* 1886. p. 133.

[2] L. BROCQ ET L. JACQUET: Beiträge zur Geschichte der Neurodermititiden. *Ann. de derm. et de syph.* 1891. p. 97.

für uns wenigstens nichts anderes sind, als Lichenpapeln. Ferner verlangt er für die Prurigo ferox die Verdickung, die Induration der durch diese chronische Dermitis veränderten Tegumente, welche im Stadium des weit vorgeschrittenen Prozesses, den wir mit BROCQ „Lichenifikation" und mit BESNIER „Lichenisation" nennen, auftreten.

Dieser pathologisch veränderte Zustand der Haut, diese den Lichen oder die Prurigo begleitende Dermitis kann auch im Gefolge des chronischen Ekzems eintreten. Man kann sie nicht selten bei den künstlich durch äufsere, irritierende Agentien hervorgerufenen und unterhaltenen Dermatitiden beobachten, so bei denjenigen, die man bei den Bäckern, Gewürzkrämern, Maurern etc. sieht. Diese Dermitiden, welche um so heftiger, um so mehr mit sekundären Läsionen kompliziert sind, je mehr die Individuen sich für dieselben prädisponiert zeigen, müssen aus der Ekzemgruppe ausgemerzt und zu den artifiziellen Exanthemen gezählt werden. —

Wenn ich diese einleitenden Bemerkungen mache, so geschieht es, weil wir uns notwendig Rechenschaft abzulegen haben über die verschiedenen Phasen des Prozesses der Dermatose, welche der Prurigo agria, dem Lichen agrius von CAZENAVE, DEVERGIE und anderen französischen Autoren entspricht, einer Dermatose, der mein ausgezeichneter Freund und Kollege ERNEST BESNIER den allgemein acceptierten Namen „Prurigo de HEBRA" beigelegt hat, und die ich mit „Lichen polymorphus ferox" bezeichnet habe. — Obgleich der Ausdruck Prurigo mir weniger geeignet erscheint, als die Bezeichnung Lichen, welche der Genusname für den pathologischen Prozefs ist, von dem die Prurigo HEBRA einen der vollkommensten Typen bildet, so werde ich mich, um nicht eine Diskussion über die Frage der Terminologie hervorzurufen, in gleicher Weise des Wortes Prurigo oder Lichen bedienen, da, vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus betrachtet, die Prurigoeffloreszenz nur eine grofse Lichenpapel und der Lichen nur eine kleine Prurigopapel darstellt.

II.

Ist die Prurigo HEBRA, wie unser hervorragender Präsident, Prof. KAPOSI,[3] meint, eine selbständige Krankheit, welche keine Beziehungen zu anderen Dermatosen hat?

In diesem Punkte befinde ich mich nicht in Übereinstimmung mit der Wiener Schule. FERDINAND VON HEBRA glaubte, dafs die Prurigo eine Affektion der Haut an sich sei, nur die Haut allein befallend und ohne Beziehungen zu den wirklichen oder vermuteten krankhaften Zuständen der Säfte und der festen Substanzen des Organismus. Ich mufs bekennen,

[3] KAPOSI: *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*, übersetzt von E. BESNIER und A. DOYON 2. Ausg. 1891. 1. Band. p. 720.

dafs ich nicht recht verstehe, was man sich unter einer Krankheit der Haut an sich zu denken hat, und wenn ich nicht seit mehr als 20 Jahren gegen die Hypothese der Diathèse dartreuse oder herpétique, fast möchte ich sagen, unter dem Banner HEBRAS, ihres heftigsten Gegners, gekämpft hätte, so würde ich mich in die Zeit zurückversetzt glauben, wo man noch von den verschiedensten organischen Diathesen, beispielsweise einer aneurysmatischen, cardialen, hämorrhoidalen Diathese sprach.

Die neuen Kenntnisse, welche wir uns über das Wesen des Lichen und über die sekundären Manifestationen erworben haben, welche sein Aussehen modifizieren und ihn zu einer polymorphen Dermatose gestalten können, sind auf das Studium der Prurigo von HEBRA anwendbar.

Beim Lichen simplex circumscriptus sieht man die Papeln auf den Pruritus folgen und unter dem Einflusse des Kratzens und anderer, direkt oder indirekt irritierender, äufserer oder innerer Ursachen entstehen, welche auf die Hautdecke derart einwirken, dafs sie eine ödematöse Schwellung der Papillen hervorrufen können. —

Bei der Prurigo von HEBRA geht der Pruritus ebenfalls dem Auftreten der Papeln voran. Wenn diese Dermatose in einem Alter beginnt, in welchem die Kranken von ihren subjektiven Empfindungen Rechenschaft ablegen können, beispielsweise nach dem fünften Lebensjahre, wofür uns eine Anzahl von Beispielen zur Verfügung steht, so versichern die Patienten, dafs das Jucken dem Ausschlage vorangegangen ist, und dafs es nachfolgende Eruptionen und Verschlimmerungen ankündigt.

Wir glauben, dafs der Urticaria-Eruption, welche als das erste Symptom der Prurigo de HEBRA bei den Kindern des ersten Alters angesehen wird und am häufigsten während der ersten Zahnung erscheint, wahrscheinlich Jucken vorangeht. Dieses wird durch Unruhe, Schlaflosigkeit der Kinder, gleichsam die Prodromalsymptome der Urticaria, angedeutet.

Neben diesen Urticaria-Elementen, welche früher unter dem Namen des „Strophulus“ bekannt waren, und die RAYER mit Recht dem Lichen mit den kleinen länger als bei der Urticaria und selbst der chronischen Urticaria bestehenden Knötchen zugesellte, sieht man bald Papeln erscheinen. Eine grofse Anzahl derselben entsteht durch directe Umwandlung des urticariellen Elementes. Diese erste Phase der Prurigo, schon von HEBRA angedeutet und von allen anderen Autoren beobachtet, ist, was die Symptomatologie und pathologische Anatomie betrifft, von dem ausgezeichneten Generalsekretär unseres Kongresses, Herrn Dr. RIEHL[4], eingehend studiert worden.

---

[4] G. RIEHL: Über die pathologische Bedeutung der Prurigo. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1884. p. 41.

Man sieht bald grofse Papeln neben kleineren auftreten. Durch Konfluieren der Papeln entstehen, wie ich dies bei ganz jungen Kindern im Beginn der Krankheit oft gesehen habe, gröfsere Plaques von Lichen circumscriptus. Allmählich geht die Lichenisation der Haut vor sich. Das Tegument hypertrophiert, induriert infolge der chronischen Dermatitis, welche wir auch manchmal in dem vorgeschrittenen Prozefs des Lichen simplex chronicus circumscriptus konstatiert haben.

Die weitere Entwickelung des Krankheitsprozesses wird oft beschleunigt durch interkurrente Eruptionen, durch sekundäre Läsionen, welche der Prurigo de HEBRA einen so ausgesprochen polymorphen Charakter verleihen, dafs wir sie mit Lichen polymorphus ferox bezeichnet haben.

Unter dem Einflusse des Kratzens, der Reibung der Kleider, der reizenden Applikationen etc. wird die Haut excoriiert und der Impfung mit Mikrobien, mit parasitären Elementen der Eiterung zugänglich gemacht; daher die Entwickelung von Bläschen, Pusteln, Krusten, subepidermoidalen Abscessen, Furunkeln; daher auch der ekzematöse, impetiginöse, ecthymatoide Zustand, welcher aus der Einimpfung mit Staphylokokken resultiert. Doch sind dies mehr accidentelle Erscheinungen der HEBRAschen Prurigo und ihr nicht so eigentümlich wie die Läsionen des primären Prozesses. Man kann ihnen vorbeugen, wie wir bei Besprechung der Heilbarkeit dieser Dermatose zeigen werden.

Zu dem nervösen Zustande, welcher der Neurodermitis, der Bildung von Urticariaelementen, später von Papeln und der Lichenisation mit Induration der Haut vorangeht, gesellt sich noch ein anderes pathogenetisches, auch von der individuellen Körperkonstitution abhängiges Moment welches den Polymorphismus, den chronischen Gang, die lange Dauer der Prurigo de HEBRA und ihre Unheilbarkeit in der Mehrzahl der Fälle erklären kann. Dieses Moment war für CAZENAVE, für DEVERGIE und BAZIN die skrophulöse Konstitution des Patienten, für uns die lymphatische Disposition, und zwar in dem Sinne, wie VIRCHOW sie auffafst, als lymphatisches System mit excessiver Entwickelung und Vulnerabilität.

III.

Die Prurigo von HEBRA beginnt nicht immer in der ersten Kindheit. Ebenso wie ERNEST BESNIER, ebenso wie die meisten französischen Dermatologen, wie EHLERS[5] (in Kopenhagen) in seiner Statistik der Beobachtungen von HASLUND, habe ich diese Dermatose zwischen dem 10.—15. Lebensjahre und sogar später beginnen sehen. Einer meiner Patienten war bei den ersten Anzeichen der Dermatose 35 Jahre alt. Zwischen dem 15.—30. Lebensjahre hatte sie bei neun von EHLERS'

[5] EHLERS: Vorläufige Mitteilung, betreffend eine Reihe von Untersuchungen über die Prurigo HERRA. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.* 1882. p. 403.

Kranken angefangen. Diese Thatsachen lehren, dafs die von HEBRA und KAPOSI aufgestellte Regel wohl in der Mehrzahl der Fälle, aber nicht in allen zutrifft, und dafs man den Beginn der HEBRAschen Prurigo auch nach der ersten Kindheit beobachten kann.

IV.

Die Prurigo von HEBRA ist nicht immer unheilbar, wie HEBRA und KAPOSI gemeint haben. Man kann auch einige Fälle von Heilung sehen; man kann besonders Besserungen und Remissionen von langer Dauer erhalten:

1. indem man die Haut der Kranken gegen das Kratzen schützt, zu welchem sie ein oftmals heftiges Jucken unaufhörlich reizt;

2. indem man sie vor der Einwirkung äufserer, irritierender Stoffe und vor der Einimpfung mit Eiterkokken bewahrt.

Man erreicht dies, indem man die Haut mit Pflastern (Sparadrap à l'huile de foie de morue de E. VIDAL), mit Naphtolsalben, mit Menthol-präparaten, Glycérole d'amidon, Zinkleim etc. bedeckt.

Schlüsse.

1. Die Prurigo de HEBRA ist ebenso wie der Lichen simplex circumscriptus eine chronische papulöse Neurodermitis, welche bei einer Einteilung nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten in die papulösen Affektionen eingereiht werden mufs und, was die Pathogenese der Krankheit anbetrifft, zu den Dermatoneurosen gehört.

2. Die Prurigo de HEBRA ist keine selbständige Krankheit. Dieselbe resultiert aus mehreren pathologischen Zuständen, von denen die beiden wichtigsten die Nervosität und die lymphatische Konstitution (skrophulöse Diathese der älteren Autoren) sind.

3. Gewöhnlich beginnt die Krankheit in den beiden ersten Jahren des Lebens. Man kann indessen die ersten Anzeichen derselben auch während der zweiten Kindheit und in noch späterem Alter sehen.

4. Obgleich die Heilung nicht die Regel ist, so ist sie doch nicht sehr selten. Durch eine wohl geleitete Behandlung kann man Besserungen und Remissionen von langer Dauer erzielen, namentlich, wenn man die Haut vor allen Jucken hervorrufenden Ursachen schützt.

(Übersetzt von CARL BERLINER-Aachen.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die bisher bekannten neun Favusarten.

Von

Dr. Neebe und Dr. Unna.

I.

Definition der Gattung Achorion und Schlüssel zur Bestimmung der Arten derselben.

Gattung Achorion.

Farblose Hyphomyceten, aus septierten Hyphen bestehend, welche ohne Vermittelung von Fruchthyphen farblose Früchte liefern. Letztere entstehen auf dem natürlichen Nährboden der Hornschicht, Haare und Nägel aus dem Zerfall der in Sporenketten umgewandelten Hyphen zu rundlichen oder eckigen, einzelligen Sporen. Auf künstlichen Nährböden findet man entweder innerhalb derselben ähnliche, aus Sporenketten hervorgehende, einzellige Sporen oder oberhalb derselben nach Bildung eines freien Luftmycels rundliche einzellige Luftsporen. Hin und wieder werden innerhalb künstlicher Nährböden Blasen gebildet, aus welchen gelbe Massen austreten.

Die Achorionarten schmarotzen auf den Hornsubstanzen von Menschen und Tieren und bilden bei längerem Aufenthalte daselbst stets charakteristische, schüsselförmige Fruchtstände, sogenannte Scutula.

Aerophile Arten: Reichliches Luftmycel. Luftsporen. Keine Anschwellungen.	Wachstum diffus; wollige, weifse Decke.	Wachstum sehr rasch. Luftmycel sehr üppig. Decke gleichmäfsig.	Achorion euthythrix. Favus griseus.
		Wachstum rasch. Luftmycel reichlich. Decke nach der Peripherie abnehmend.	Achorion atacton. Favus sulfureus celerior.
	Wachstum inselförmig; flacher, weifser Luftrasen mit radiärer Ausstrahlung des Luftmycels. Zonenbildung.	—	**Achorion[1] radians. Favus Sardiniensis.**

[1] Die in dieser Arbeit neu beschriebenen Pilze sind in diesem Schlüssel fett gedruckt.

Aerophobe Arten: Geringes Luftmycel. Keine Luftsporen. Verschieden geformte Anschwellungen.	Wachstum akromegalisch. Rosenkränze. Keine Endblasen und gelbe Massen.	Wachstum äufserst langsam, exquisit inselförmig.	Achorion dikroon. Favus sulfureus tardus.
		Starkes akromegalisches Wachstum; wenig Blasen und gelbe Massen. Halbkugeliger, solider, weifser Herd mit schmalem Randsaum. Im Nährboden scharfe Begrenzung. Unterfläche gelb.	**Achorion akromegalicum.** **Favus Scoticus.**
	Wachstum akromegalisch. Endblasen und gelbe Massen. Keine Rosenkränze.	Akromegalisches Wachstum. Viele Blasen und gelbe Massen. Buckliges, hohles, weifses Polster mit radiärer Randzone. Ausläufer fast senkrecht in die Tiefe strebend und gerade abgeschnitten aufhörend. Unterfl. bräunlich-gelb.	**Achorion demergens.** **Favus Batavus.**
		Ungeheuer viele Blasen und gelbe Massen neben akromegalischem Wachstum. Flaches, weifses Polster mit breiter, bestäubter Randzone. Im Nährboden horizontal gerichtete Mycelausbreitung, meist strahlig, hin und wieder moosförmig. Stets unregelmäfsig begrenzt. Unterfläche grünlich-gelb.	**Achorion cysticum.** **Favus Hamburgensis.**
	Wachstum akromegalisch. Endblasen und gelbe Massen. Rosenkränze.	Sehr viele regelmäfsige Rosenkränze. Keine Tarsi. Rasen entweder ohne lange Ausläufer, bucklig in die Höhe steigend oder flacher und mit moosartigen Ausläufern versehen.	**Achorion moniliforme.** **Favus Bohemicus.**
		Rosenkränze nie so zahlreich und regelmäfsig. Aufserdem Tarsi. Rasen flache Platten bildend mit gestreckt verlaufendem Mycel im Nährboden.	**Achorion tarsiferon.** **Favus Polonicus.**

II.

Wachstumsverhältnisse der Favusarten und darauf begründete Einteilung derselben.

Nachdem die ätiologische Favusforschung lange Zeit geruht, wurde sie in den letzten Jahren energisch in allen Kulturländern in Angriff genommen und auch erheblich gefördert. Nur geriet sie unter den Händen mancher Forscher insofern auf Abwege, als diese, nachdem ihnen die ungemein einfache Reinzüchtung des Favuspilzes gelungen, den ihren nicht blofs für den richtigen, sondern auch für den allein richtigen zu

halten geneigt waren. Auch dieses Stadium der Favusfrage ist heute glücklicherweise vorüber, und der Streit ist in ebenso einfacher und natürlicher Weise geschlichtet, wie der in Lessings Erzählung von den drei Ringen. Wahrscheinlich sind alle jene verschiedenen Favuspilze gleich echt; es mufs das eben durch die Rückimpfung auf Mensch und Tier bei jedem einzelnen erwiesen werden.

Die zuerst von QUINCKE aufgestellte, später zumal von UNNA begründete Lehre von der Vielheit der Favuspilze erfährt täglich neue Bestätigungen, nachdem das Interesse für die Sache geweckt ist und das betreffende Material durch friedlichen internationalen Austausch Allgemeingut zu werden verspricht.

Es scheint uns deshalb heute schon an der Zeit und im Interesse der Sache sogar geboten, die bisher mit Sicherheit als verschiedene Spezies erkannten Favuspilze einer sorgfältigen Vergleichung und Ordnung zu unterziehen, und wir geben im vorstehenden zunächst eine kurzgefafste Übersicht über unsere eigenen Favuskulturen in Gestalt eines Schlüssels, wodurch es jedem Forscher leicht sein wird, seine Favusspezies des genaueren zu bestimmen und mit den unseren zu vergleichen.

Zugleich statten wir denjenigen Kollegen an dieser Stelle unseren verbindlichsten Dank ab, welche durch Übersendung von Favusmaterial oder eigenen Kulturen unser Material ergänzt und bereichert haben, nämlich den Herren DOUGLAS-Edinburgh, FUNK-Warschau, VAN HOORN-Amsterdam, MIBELLI-Cagliari, PLAUT-Leipzig, SHERWELL-New York, WULFF-Langenhagen.

Eine physiologisch ebenso wie morphologisch ausgeprägte Hauptdifferenz der Favuspilze besteht in dem gröfseren oder geringeren Sauerstoffbedürfnisse. Danach gliedern sich die Hauptabteilungen der Favusgattung ab. In die erste gehören diejenigen Achorionarten, welche auf der Oberfläche der Kulturen ein reichliches Luftmycel mit besonderen Luftsporen entwickeln. Zu dieser Abteilung der aerophilen Arten gehören bis jetzt drei Spezies. Sie wachsen im allgemeinen in den Kulturen rascher und haften auch leichter bei der Impfung auf lebende Wesen. Andererseits werden sie ihres mehr der Oberfläche des Nährsubstrats angepafsten Wachstums wegen vermutlich auch leichter therapeutisch zu bekämpfen sein. Ein wichtiger negativer Charakter dieser ersten Gruppe ist es, dafs ihre Arten innerhalb des Nährbodens keine jener eigentümlichen Anschwellungen bilden, welche die aerophoben Achorionarten auszeichnen. Die weitere Einteilung dieser Gruppe beruht auf einfachen quantitativen und mechanischen Wachstumsunterschieden.

Viel interessanter gestalten sich die Wachstumsdifferenzen innerhalb der zweiten, der aerophoben Gruppe. Der Gesamtcharakter derselben besteht im Gegensatz zur ersten darin, dafs ihre Arten nur ein sehr

spärliches Luftmycel ohne Luftsporen produzieren, dagegen merkwürdige Anschwellungen an den Hyphen im Nährboden zeitigen. Diese letzteren dienen naturgemäfs zur Unterteilung dieser Gruppe.

Wir kennen bisher drei verschiedene Arten solcher Anschwellungen. Entweder verdicken sich nur die letzten Enden der sich gabelig teilenden Hyphen, und es entstehen Endausläufer, welche man mit Kronleuchtern, Geweihen und dergleichen passend verglichen hat. Diese einfachste Form der Anschwellungen kommt bei allen aerophoben Favusarten vor. Wir schlagen vor, diese Form des Wachstums einfach als akromegalisches zu bezeichnen, wodurch jedem Mediziner sofort ein richtiges Bild der Veränderung vor Augen steht.

Sodann zeigen bei einigen dieser Favusarten die Hyphen eine grofse Neigung, in ihrem Verlaufe Zelle für Zelle anzuschwellen, während die Septen nach Art von Schnürringen dieser Ausdehnung widerstehen. Das Gesamtbild solcher Hyphen erinnert um so mehr an geblähte Dickdarme, Rosenkränze oder Perlschnüre, als mit der Breitenanschwellung gewöhnlich auch eine Verkürzung der Hyphenzellen in der Längsrichtung Hand in Hand geht. Wir wollen diese Hyphen kurz Rosenkränze nennen.

Während die eben beschriebenen Arten der Anschwellungen schon lange bekannt waren, ist die genaue Kenntnis einer weiteren Anschwellungsform erst neueren Datums. Schon frühere Favusforscher (z. B. Roberts) hatten vereinzelt endständige, starke Anschwellungen in der Form runder oder ovaler, grofser Blasen beschrieben. Král wies dann nach, dafs aus diesen Blasen eine gelbe Substanz, welche er den „gelben Körper“ nannte, austritt. Plaut, dem wir uns vollständig anschliefsen, deutete schliefslich die Substanz einfach als das durch innere Spannung ausgetriebene Pilzprotoplasma. Wir nennen diese dritte Form der Anschwellung kurz: Endblasen mit gelben Massen, obwohl nicht alle Blasen endständig, sondern hin und wieder auch mittelständig und seitenständig sitzen. Es zeigte sich bei der Durchforschung der sechs uns bisher bekannten akromegalischen Favi, dafs der böhmische Favus, welcher Král und Plaut vorgelegen hat, diese Endblasen in der That bildet, dafs ihm aber andere Favi, so eine holländische und eine hamburger Art, darin und in der Produktion „gelber Massen“ noch weit überlegen sind, während wiederum der von Unna und Frank schon früher beschriebene Favus sulfureus tardus wohl exquisit akromegalisch wächst, aber diese Endblasen und gelben Massen nicht bildet.

Danach teilt sich die Gruppe der aerophoben Favi in drei natürliche Unterabteilungen. In der ersten figuriert bis jetzt allein das Achorion dikroon; es wächst akromegalisch und bildet Rosenkränze, aber keine Endblasen.

Die zweite Unterabteilung umfafst drei Arten, die neben akrome-

galischem Wachstum Endblasen und gelbe Massen, aber keine Rosenkränze aufweisen. Achorion akromegalium, demergens und cysticum, die untereinander einerseits durch die Reichlichkeit der Endblasen, andererseits durch ihr sehr verschiedenes makroskopisches Wachstum leicht unterschieden werden können.

In die dritte Unterabteilung der aerophoben Favi stellen wir sodann zwei Arten, welche neben akromegalischem Wachstum sowohl Endblasen und gelbe Massen wie Rosenkränze bilden: Achorion moniliforme und tarsiferon. Diese unterscheiden sich sehr scharf durch die Bildung der von uns sogenannten Tarsi, d. i. eigentümlicher, knötchenförmiger, weiter unten genauer zu schildernder Fruchtstände.

Selbst an der Vermehrung der Favusspezies hauptsächlich beteiligt, sind wir weit entfernt, zu glauben, dafs mit den hier gegebenen neun Arten bereits alle existierenden Spezies der Gattung Achorion erschöpft sind oder dafs die bisher sich bewährenden Einteilungsprinzipien auch für alle etwa noch aufzufindenden, Scutula bildenden Hautpilze anwendbar und ausreichend sein müssen. Im Gegenteile, es erscheint uns nach den bisherigen Erfahrungen sehr wahrscheinlich, dafs diese Pilzgattung nicht weniger artenreich ist, als es die nächststehenden, parasitischen, aber nicht an die höhere Körpertemperatur angepafsten Pilzgattungen zu sein pflegen, und dafs wir uns somit erst im Anfange unserer botanischen Favuskenntnisse befinden.

Aber schon die bisherigen Anfänge sind nicht ohne praktische Folgen für das ätiologische Verständnis der Favuserkrankung. Wir brauchen nur darauf hinzuweisen, dafs es fortan nicht genügt, bei einem Favusfalle des Menschen in der Nachbarschaft die Existenz von Tierfavus nachzuweisen, um den Schlufs auf die Übertragung zu rechtfertigen, sondern dafs im Einzelfalle die Identität der Favusspezies zwischen dem Menschenfavus und der vermuteten Quelle sichergestellt werden mufs. Sodann wird die Forschung der Favusspezies ein je mehr kultiviertes, um so interessanteres Kapitel der geographischen Pathologie werden, indem fast alle Länder ihre verschiedenen Favusspezies ausgebildet haben, andererseits aber auch sicher fortwährend Favusspezies importiert und exportiert werden. So sandte uns Kollege SHERWELL eine tote Maus aus New York, die vermutete Quelle dortiger Favusfälle, welche sofort eine Reinkultur von dem in Hamburg häufigen Achorion euthythrix ergab, der auch vielleicht durch Favusmäuse dorthin gebracht war. Unter den aus holländischen Scutulis des Kollegen VAN HOORN gezüchteten Favis war aufser dem Achorion demergens auch das Achorion akromegalicum, welches wir neben anderen aus schottischen Scutulis des Kollegen DOUGLAS gewonnen hatten. In einem Favus eines Knaben aus Langenhagen, den wir der Güte des Kollegen WULFF verdanken, fanden wir zu unserer

Überraschung dasselbe Achorion radians wieder, welches wir sonst nur aus Italien vom Kollegen MIBELLI in Reinkultur bezogen hatten. Wenn in diesem Falle der Zusammenhang unaufgeklärt blieb, so gelang es uns, einen solchen in einem anderen wirklich zu entdecken. Ein Knabe aus Dr. UNNAS Klinik, welcher nie in Polen gewesen war, trug dasselbe Achorion tarsiferon, welches wir durch eine Scutulasendung des Kollegen FUNK aus Warschau erhalten hatten. Eine schärfere Anamnese ergab nun in der That, dafs dieser Knabe in England gewesen und dort mit Kindern polnischer Auswanderer verkehrt hatte, welche mit Favus behaftet gewesen sein sollen. Diese Andeutungen mögen genügen, um alle Kollegen auf ein neues lehrreiches Arbeitsfeld hinzuweisen und die Bedeutung der Speziesforschung für die Praxis zu erläutern.

III.

Kultur- und Präparationsverfahren.

Bei unseren Kulturversuchen verwendeten wir in der Mehrzahl der Fälle den von UNNA vorgeschlagenen „mittleren" Nährboden[2] aus 2—4% Agar mit ½ % Kochsalz, 1% Pepton und 5% Levulose. Das uns zugeschickte oder von uns gewonnene Material behandelten wir in der Weise, dafs wir von der Unterseite des Scutulums mittelst sterilisierter Platinspatel die obersten Schichten energisch abkratzten. Alsdann wurden mit dem nochmals sterilisierten Platinspatel kleinste Partikelchen abgeschabt und auf die Agaroberfläche übertragen, indem wir einen langen Strich in der Mitte des Nährbodens ausführten. Wir legten stets eine gröfsere Anzahl Kulturen an. Im Verlaufe des Impfstriches kam es dann zur Entwickelung des Pilzes. Die entstandenen isolierten Kolonien wurden dann wieder auf Agarröhrchen übertragen und bildeten die Stammkulturen, von welchem wir alle 8—14 Tage weiter impften.

In vielen Röhrchen kam es, wie nicht anders zu erwarten war, zu Verunreinigungen. In der weitaus gröfsten Mehrzahl der Fälle geschah dies durch den Staphylococcus aureus et albus, seltener durch den auf dem Kopf sehr häufigen Flaschenbacillus, selten durch einen oder den anderen Schimmelpilz, meist Penicillum glaucum oder Mucor mucedo.

Von unsern Stammkulturen legten wir nun neue Kulturen in der Weise an, dafs wir teils Strichimpfungen auf Agar machten, teils nur ein kleines Partikelchen des Pilzes auf eine Stelle des Nährbodens plazierten. Meistenteils impften wir auch noch am Rande des Agars mittelst eines Striches, oder wir schoben nach der Strichimpfung unter die vorderste dünnste Partie des Agars den Platinspatel 2 cm weit zwischen Glasrand und Agar vor. Diese beiden Nebenimpfungen haben den grofsen Vorteil,

---

[2] S. Flora Dermatologica. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIV. pag. 304.

dafs an vielen Stellen aus Sporen Herde entstanden, welche wegen ihrer günstigen Lage sehr oft schon Gelegenheit gaben, die vollständige Entwickelung des Pilzes kennen zu lernen.

Auf Gelatine wurden kleine Partikelchen des Pilzes mittelst einer Platinnadel eingestochen. Auf Blutserum impften wir in der gleichen Weise wie auf Agar. Für Kartoffeln[3] verrieben wir in dem Reagenzröhrchen, aus welchem wir abimpften, ein etwa 2—3 mm grofses Partikelchen und strichen dasselbe auf die Oberfläche der Kartoffel. Auf Kartoffeln, welche nach der allgemein üblichen Methode sterilisiert wurden, kamen die Kulturen niemals gut zur Entwickelung, weil die Oberfläche nach mehreren Tagen trockener wurde, als es für die Auskeimung der Pilze günstig ist. Unsere Kartoffelkulturen liefsen wir stets in einer feuchten Kammer, alle übrigen Kulturen in offenen Körben bei 37° C. wachsen.

Um über die morphologischen Eigenschaften der Pilze Aufschlufs zu erhalten, verfuhren wir in verschiedener Weise.[4] Bei den Luftsporen erzeugenden, aerophilen Favusarten entnahmen wir von der Oberfläche des Luftrasens makroskopisch kaum sichtbare Partikelchen durch mehrfaches Überstreichen mittelst der Platinnadel und impften in verflüssigten und auf 40° C. abgekühlten Agar, schüttelten den flüssigen Agar, legten 1—2 Verdünnungen an und gossen in sterilisierte Petrische Schälchen aus. Das Ausgiefsen nahmen wir stets unter einer Glasglocke vor, deren Boden mit in 1‰iger Sublimatlösung getauchtem Fliefspapier bedeckt war. Wir hatten niemals mit irgend welchen Verunreinigungen zu kämpfen. In der Platte aus dem ersten Impfröhrchen kamen oft viele Kulturen zur Entwickelung, in den Platten aus der Verdünnung I und II nur wenige. Die sich entwickelnden Kulturen wurden dann täglich makroskopisch und mikroskopisch weiter beobachtet. Selbstverständlich liefsen wir auch diese Kulturen bei 37° wachsen.

Einen Nachteil hatten aber diese Beobachtungen in den Petrischen Schälchen. Bei den täglich notwendigen Untersuchungen waren Verunreinigungen durch Keime aus der Luft nicht zu vermeiden und störten uns deshalb vielfach. Wir brachten deshalb das von Unna eingeführte Verfahren der Minimalkulturen in Anwendung, dessen wir uns jetzt meistenteils bedienen.

---

[3] Unsere Kartoffeln wurden in folgender Weise präpariert: auf dem Boden des sterilisierten Reagierröhrchens kam 1—1½ cm hoch sterilisierte Watte; auf die Watte rohe 3 cm lange, 1 cm breite und ½ cm hohe Kartoffelscheiben; das Röhrchen wurde durch Wattepfropfen verschlossen und 8 Tage lang täglich ½ Stunde im Kochschen Dampfapparat sterilisiert.

[4] Die folgenden Methoden sind von Unna in seiner Arbeit: Zur Untersuchungstechnik der Hyphomyceten, *Centralbl. f. Bakt.* Bd. XII. No. 1. 1892, bereits skizziert, werden hier jedoch genauer mitgeteilt.

Die Impfungen in dem flüssigen Agar und die Anlegung von Verdünnungen geschah in der oben beschriebenen Weise. Alsdann schüttelten wir den flüssigen Agar durch mehrfaches Hin- und Herschwenken des Röhrchens und gossen den Inhalt eines Reagiergläschens in zwei leere sterilisierte Röhrchen aus, so dafs der Inhalt in allen drei Röhrchen ein gleicher war. Die Röhrchen wurden dann horizontal umgelegt; der Agar erstarrt in ganz kurzer Zeit; dann wurden die Röhrchen mittelst des über der Flamme nochmals sterilisierten Wattepfropfens geschlossen. Meistenteils gossen wir den flüssigen Agar mehrmals von einem Röhrchen in das andere, um eine gleichmäfsigere Verteilung der Sporen zu erzielen. Die Prozeduren des Umgiefsens müssen rasch gemacht werden, damit der erkaltende Agar nicht zu Klumpen erstarrt, wodurch natürlich die gleichmäfsige Ausbreitung in dünner Schicht zur Unmöglichkeit wird. Verunreinigungen kamen uns eigentlich niemals vor. Unter 100 solchen angelegten Kulturen entwickelte sich vielleicht einmal eine Kolonie eines Schimmelpilzes. Die Röhrchen läfst man nun etwa eine Stunde lang horizontal liegen, weil sonst der noch nicht ganz harte Agar bei senkrechter Aufstellung leicht herabsinkt. Die Röhrchen mit den Verdünnungen wurden in derselben Weise behandelt. Für das Wachstum der Kulturen in diesen Röhrchen ist Haupterfordernis, dafs dieselben bei 37° C. in der feuchten Kammer gehalten werden.

Bei den an Luftfrüchten ärmeren Pilzen übertrugen wir stets stecknadelkopf- und etwas gröfsere Partikelchen und legten meist nur eine Verdünnung an. Das übertragene Impfpartikelchen wurde auf der Innenfläche des Röhrchens mit verflüssigtem Agar verrieben. Bei den früchtereichen, aber luftmycellosen Pilzen (Achorion dikroon, tarsiferon und moniliforme) entnahmen wir aus der Pilzdecke kaum stecknadelkopfgrofse Partikelchen, verrieben dieselben in den Röhrchen mit dem verflüssigten Agar, legten zwei Verdünnungen an und schüttelten und gossen in sterilisierte Reagierröhrchen um, wie oben angegeben. Bei den früchtearmen Pilzen (Achorion akromegalicum, cysticum und demergens) mufsten etwa stecknadelkopfgrofse und etwas gröfsere Partikelchen zur Verimpfung verwendet werden.

Durch diese Art der Kulturen konnten wir sämtliche Pilze in ihrer Entwickelung von einer Spore aus beobachten und zwar konnten wir, da wir sehr dünne Röhrchen für diese Zwecke verwendeten, stets mit Leitz Objektiv 7, Zeiss' *D* untersuchen; nur an einzelnen Stellen mufsten wir Leitz' Objektiv 5, Zeiss' *B* oder *C* anwenden. Das Fixieren der Röhrchen auf dem Objekttisch geschah mittelst des von Dr. von Sehlen konstruierten Reagierglashalters. Dadurch, dafs ein Öffnen der Röhrchen nicht nötig war, wurden wir niemals durch Verunreinigungen irgend welcher Art gestört.

Die Auskeimung der Sporen konnte bereits am ersten oder zweiten Tage wahrgenommen werden. Das weitere Wachstum der Pilze bis zur Sporulation, resp. bis zur Fruchtbildung, war mit grofser Leichtigkeit zu verfolgen. Bei Achorion euthythrix und atakton begann die Luftsporenbildung bereits am vierten Tage, bei den anderen war die Fruchtbildung vom fünften bis achten Tage vollendet.

Wir begnügten uns aber nicht mit der bloſsen Beobachtung dieser Kulturen, sondern stachen auch kleine Partikelchen des Pilzes nach 4, 6, 8, 10 Tagen aus, zerzupften das Mycel und betteten in Glyceringelatine ein. Ferner zerlegten wir ganze Kulturen in 1 cm breite Stücke, härteten dieselben in absolutem Alkohol und bereiteten die gehärteten Agarstücke nach den für Gewebsstücke üblichen Methoden zum Schneiden auf dem Mikrotom vor. Wir fertigten 3 μ dicke Schnitte an. Die Schnitte wurden dann von Celloidin befreit durch Einlegen in absolutem Alkohol, Alkohol-Äther, absoluten Alkohol. Von Alkohol übertrugen wir die Schnitte auf Objektträger, lieſsen dieselben antrocknen und färbten nach der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode[5]. Die Pilzelemente nehmen einen gesättigt blau-violetten Farbenton an; der Agar wird vollständig entfärbt. Dies Resultat erhält man jedoch nur, wenn man die Vorsicht gebraucht, den Schnitt in keinem Momente der Prozedur ganz trocken werden zu lassen. Anstatt Gentianaviolett kann man auch andere basische Farbstoffe verwenden, z. B. Fuchsin, und bei diesem statt der Jodkaliumlösung die Fixierung des Farbstoffes auf den Pilz mit ganz verdünnter Lösung von Kalium bichromatum erreichen.

Dieses etwas umständliche Präparationsverfahren hat den Hauptvorteil, daſs man die charakteristischen Bildungen jederzeit demonstrieren kann. Was die detaillierte Beobachtung des Wachstums der Pilze anbetrifft, so giebt es keine leichtere und befriedigendere Methode, als die Anlegung von Minimalkulturen.

Bei Blutserum- und Kartoffelkulturen sind wir in der gewöhnlichen Weise verfahren: Ausstechen an verschiedenen Tagen, Zerzupfen und Untersuchung in 1%iger Kalilauge.

Wir haben ebenfalls Kartoffelkulturen gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die Weigertsche Färbungsmethode ist hier unbrauchbar wegen der Affinität des Jods zum Amylum, da sie eine Entfärbung der Kartoffel unmöglich macht. Ganz gute Färbungen des Pilzes und vollständige Entfärbung der Kartoffel erzielt man dagegen durch Anwendung des alkalischen Methylenblaus und Entfärbung in Alkohol. Da aber das Mycel bei den meisten Pilzen schnell degeneriert und dann sich schlecht

[5] Herr Colhoun, Präparator an Unnas Laboratorium, fand, daſs obige Agarschnitte sich nach der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode sehr schön färben lassen; es ist das wiederum ein Fortschritt gegenüber Unnas früherer Chrommethode.

färbt, weiter in den ersten Tagen nur Mycel vorhanden ist, charakteristische Fruchtbildungen aber fehlen (ausgenommen bei Achorion moniliforme und tarsiferon), so möchten wir diese umständlichen und zeitraubenden Färbungen der Kartoffelschnitte nicht empfehlen.

IV.

Makroskopische und mikroskopische Beschreibung der Kulturen.

1. Achorion euthythrix.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach zwei Tagen beginnt die Ausstrahlung des Mycels von dem Impfpartikelchen; nach acht Tagen bedeckt eine linsengroſse, mit 3 mm hohem, üppigem, weiſsem Luftrasen versehene Pilzdecke die Oberfläche der Gelatine; Ausstrahlung in den Nährboden beträgt $3^1/_2$ mm; die Unterfläche des Rasens hellgelb. Nach drei Wochen ist die ganze Oberfläche der Gelatine bedeckt mit einem schneeweiſsen üppigen Rasen. Gelatine in der nächsten Umgebung des Rasens verflüssigt und hellgelb verfärbt. Nach sechs Wochen ist die ganze Gelatine verflüssigt und hellgelb verfärbt.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen, sehr oft schon nach 24 Stunden, ist der Beginn des Wachstums zu konstatieren. Der Pilz wächst gleichmäſsig vom Impfstrich aus auf und in den Nährboden aus multiplen, dicht nebeneinanderliegenden (aus dem Vorhandensein der reichlich vorhandenen Sporen erklärlich), rasch konfluierenden Herden. Am vierten Tage hat sich bereits ein üppiges, weiſses, wolliges Luftlager gebildet. Am sechsten Tage erreicht der Pilzrasen eine Breite von 1 cm und mehr und eine Höhe von 3 mm. In den nächsten Tagen kann die ganze Oberfläche des Nährbodens mit diesen üppigen, weiſsen, hohen Luftrasen bedeckt sein. Ebenso rasch wie auf der Oberfläche findet auch das Tiefenwachstum statt. Der Pilz durchsetzt stets in strahlig verlaufendem Mycel den Nährboden, so daſs die Unterfläche diffus, wolkig erscheint. Unterfläche hellgelb.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Schon nach 24 Stunden hat sich auf der ganzen Oberfläche der Kartoffel ein zarter, grau-weiſser Belag gebildet. Am zweiten Tage hat sich derselbe entwickelt zu einem flachen Rasen. Am dritten Tage zeigt der niedrige, 1—2 mm den Nährboden überragende Rasen eine auſserordentlich reichliche Fältelung der Oberfläche. Die Farbe des Rasens ist cremefarbig, hie und da wohl auch mit einem weiſsen Anfluge, letzteres bedingt durch zartes spärliches Luftmycel. Eine Entwickelung eines eigentlichen Luftmycels, wie er in so üppiger Weise auf Agarkulturen sich ausbildet, wurde nie beobachtet. Die Ausbildung des Rasens war am vierten Tage beendet. Die reichliche

Fältelung der Rasenoberfläche war auf sieben Kulturen stets konstant; einmal war der Farbenton stellenweise rostbraun.

Blutserumkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen beginnt im ganzen Verlauf des Impfstriches das Wachstum des Pilzes. Nach vier Tagen hat sich eine 3—5 mm breite grau-weifse, luftmycellose, geleeartige, unregelmäfsig geformte, den Nährboden 1 mm überragende Pilzdecke gebildet. In dem Nährboden findet energisches Wachstum eines strahlig angeordneten Mycels statt. Unterfläche des Pilzes hellgelb. An den vorderen dünneren und trockneren Partien des Blutserums entwickelt sich ein üppiger weifser Luftrasen. Nach sechs Tagen ist der ganze Nährboden durchsetzt von dem strahligen Tiefenmycel. Das Blutserum etwas verflüssigt, aber nicht verfärbt. Weitere Veränderungen sind auch an älteren Kulturen nicht bemerkbar.

b. Mikroskopisch.

In Agarkulturen keimt aus der 5,4 μ grofsen runden Spore ein Mycel aus mit 4,0 μ breiten Haupt- und dünneren, geschlängelt verlaufenden und sich reichlich verzweigenden Seitenästchen. Die Lufthyphen regelmäfsig septiert, ohne Einschnürung an Stelle der Septen; die einzelnen Hyptenzellen 15—20 μ lang. Die Hyphen laufen in feine abgerundete, niemals kolbig verdickte Enden aus. Am dritten bis vierten Tage kommt es zur Bildung von zahlreichen Luftsporen an den Lufthyphen; dieselben entstehen als cylindrische Ausstülpungen aus den Hyphenzellen; bei weiterem Wachstum erhalten die Ausstülpungen eine halsartige Abschnürung, erscheinen dann birnenförmig; die vollkommen ausgewachsene Spore ist kugelig und hat einen Durchmesser von 5,4 μ. Die Luftsporen treten in ganz ungeheuren Mengen auf und sind an den Nebenästen in regelmäfsigen Abständen aufgereiht. In älteren Kulturen treten an den Hyphenzellen Degenerationsprozesse auf: die einzelnen Zellen quellen zu 15—20 und selbst 30 μ grofsen, rundlichen, ovalen Gebilden, wodurch rosenkranzförmige, sich verzweigende Ketten entstehen. In mehrere Wochen alten Kulturen zeigen die gequollenen Hyphenzellen erhebliche Gröfsendifferenzen und zerfallen vielfach. Die Sporen bewahren stets ihre Gröfse und Form.

In Kartoffelkulturen wird der Rasen in der Hauptsache gebildet durch rundliche, ovale, 5,4 μ grofse, glänzende Zellen, welche rosenkranzähnliche, sich verzweigende Ketten bilden. Im Verlaufe des zarten, 2 μ breiten Mycels sieht man teils einzelne Hyphen, teils mehrere Hyphenzellen hintereinander zu ähnlichen Zellen anschwellen, so dafs uns die Genesis der Zellen als aufgetriebene Hyphenzellen klar wird. Ein weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung liefert uns die Untersuchung nach vier Wochen: von den scharf konturierten und als Fruchtbildung imponierenden Zellen ist nichts mehr zu sehen, vielmehr sind die Zellen vielfach zerfallen und haben nur undeutliche Konturen; auch beweisen

die Gröfsendifferenzen der Zellen, dafs die Zellen blasig degenerierte Hyphen darstellen.

In Blutserumkulturen sind die Hyphen von derselben Gröfse und Anordnung, wie in Agarkulturen. An den trockneren Stellen des Blutserums, an denen es zur Ausbildung eines üppigen Luftlagers kommt, sind ebenso reichliche Luftfrüchte von derselben Gröfse und Form vorhanden, wie in Agarkulturen.

2. Achorion atakton.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Die Entwickelung des Pilzes findet in gleicher Weise statt, wie bei Achorion euthythrix, nur bleibt auch bei diesem Nährboden die Bildung des Luftrasens auf ein geringeres Mafs beschränkt. Die Verflüssigung und hellgelbe Verfärbung der Gelatine zeigt keinerlei Unterschiede gegen diejenige von Achorion euthythrix.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Das Wachstum ist sehr ähnlich dem von Achorion euthythrix, doch weniger rascher. Der Luftrasen ist niemals so üppig, sondern in allen Kulturen flacher und niedriger. In manchen Kulturen kommt es nicht zur Entwickelung eines zusammenhängenden Rasens im Verlauf des Impfstriches, sondern es entstehen mehrere Herde an verschiedenen Stellen des Impfstriches; an solchen isolierten Herden konnte dann aber häufig ein Zonenwachstum konstatiert werden. Aber der Rasen blieb stets flach. Die Ausbreitung in den Nährboden geschieht in gleicher Weise, wie bei Achorion euthythrix. Unterfläche des Pilzes auch hier eine hellgelbe.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Der Rasen dieses Pilzes war in Bezug auf Schnelligkeit des Wachstums, Oberflächenfaltung und Farbenton bei mehreren Impfungen vollständig übereinstimmend mit dem von Achorion euthythrix. Trotz gleichen Verhältnissen kam es einmal zur Entwickelung mehrerer schrotkorngrofser, halbkugelig über den Nährboden sich erhebenden Rasen mit weifsem dichten, aber kurzen Mycel besetzt; einmal bildete sich ein 1 cm breiter und 1,5 cm langer, flacher, nicht gefalteter, mit dichtem weifsen Luftmycel bedeckter Rasen.

Blutserumkulturen bei 37° C. Auf diesem Nährboden verhält sich der Pilz ähnlich, wie bei Achorion euthythrix. Nur kommt es an den vorderen Partien des Nährbodens nicht zu einem üppigen weifsen, sondern nur zu einem flachen, spärlicheren weifsen Luftlager.

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen fand mikroskopisch das Wachstum und die Sporenbildung des Pilzes in gleicher Weise statt, wie bei Achorion euthythrix.

In Kartoffelkulturen deckte sich der Befund des Rasens in allen Teilen mit dem des Achorion euthythrix.

In Blutserumkulturen findet sich Hyphenverlauf und Verzweigung, ebenso die Luftfruchtbildung genau in derselben Weise, wie in Agarkulturen.

3. Achorion radians.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach zwei Tagen beginnt die Randausstrahlung des Mycels. Nach acht Tagen haben die Herde etwa Erbsengröfse erreicht. Dieselben sind schneeweifs und bilden einen $1^1/_2$ mm hohen Luftrasen. Von der Unterfläche hat sich das sehr dichte Mycel 4 mm tief in den Nährboden hinein entwickelt. Die Umgebung des Rasens ist verflüssigt, so dafs derselbe auf der Gelatine schwimmt. Nach drei Wochen hat der Pilzrasen nur etwas an Gröfse zugenommen. Die Gelatine ist bereits 1 cm hoch verflüssigt. Nach sechs Wochen ist fast die ganze Gelatine verflüssigt. Die Gelatine ist hell chromgelb verfärbt.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Schon am zweiten Tage entstehen im Verlaufe des Impfstriches weifse, halbkugelig über den Nährboden erhabene Kolonien. Von der Peripherie dieser Herde strahlt radiär angeordnet ein farbloses Mycel auf die Oberfläche des Nährbodens aus. Diese radiäre Ausbreitung beträgt täglich 2—3 mm, so dafs die Ausstrahlung bereits am fünften bis sechsten Tage die Wände des Röhrchens erreicht. Das centrale, mit schneeweifsem, kurzem, aber dichtem Luftmycel bedeckte Polster vergröfsert sich allmählich, bis dasselbe am achten Tage etwa Erbsengröfse erreicht. Die Ausbreitung des niedrigen, weifsen Luftmycels findet um das centrale Polster zonenweise statt, d. h., um das centrale Polster bildet sich ein 2—3 mm breiter Ring mit dichtem weifsen Luftmycel; auf diese erste Zone folgt eine zweite von derselben Breite, aber mit weifsem, aber weniger dichtem Mycel, auf die zweite eine dritte Zone aus farblosem Mycel bestehend. Vom zweiten Tage an findet eine rasche Ausbreitung des Pilzes in den Nährboden hinein statt, und zwar ist am fünften Tage der ganze Nährboden mit einem geradlinig ausstrahlenden Mycel durchsetzt. Unterfläche gelb. Niemals wurde ein moosartiger Charakter beobachtet. Die beschriebenen Wachstumsverhältnisse sind stets konstant geblieben und wechselten niemals bei den sehr zahlreich angelegten Kulturen.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Nach ein bis zwei Tagen beginnt fast auf der ganzen Oberfläche der Kartoffel die Entwickelung des Pilzes sichtbar zu werden. Am dritten Tage haben sich meist pfefferkorngrofse Herde ausgebildet, welche, zum Teil miteinander zusammengeflossen einen fast regelmäfsig gekörnten Rasen bilden. Der Rasen überragt

2—3 mm den Nährboden. Die Oberfläche besetzt in den meisten Fällen mit einem grobfaserigen Mycel. Der Farbenton ist ein grünlich-weifser. Wegen dieser groben Faserung des Luftmycels hat die Oberfläche des Rasens grofse Ähnlichkeit mit einem grobfaserigen Flanell. Zweimal unter sieben Versuchen war die Ausbildung des grobfaserigen Luftmycels keine so ausgesprochene; der Rasen selbst behielt aber dann den grünlichen Farbenton bei. Die die Pilzdecke bildenden Herde sind nicht immer pfefferkorngrofs, zuweilen sind sämtliche Herde kleiner, bisweilen variieren die einzelnen Herde auch an Gröfse (Stecknadelkopf- bis etwa Pfefferkorngröfse). In älteren Kulturen nimmt der Rasen einen schmutziggelben Farbenton an.

Blutserumkulturen bei 37° C. Längs des Impfstriches ist am zweiten Tage die Pilzentwickelung zu beobachten. Nach vier Tagen hat sich im Verlauf des Impfstriches eine 2—3mm breite, geleeartige, den Nährboden überragende, unregelmäfsig geformte, luftmycellose Masse gebildet, von dessen Peripherie eine radiär angeordnete Randzone, aus farblosem Mycel bestehend, ausgeht, welches fast die Wände des Reagenzglases erreicht. In dem Nährboden hat der Pilz sich diffus verbreitet, so dafs die Kultur, von der Unterfläche gesehen, ein wolkiges Aussehen gewinnt. Nach acht Tagen hat sich der Oberflächenrasen verbreitert; die radiären Ausläufer auf der Oberfläche haben allseitig die Wandungen des Impfröhrchens erreicht. Der ganze Nährboden durchsetzt mit dem diffus, strahlig angeordneten Mycel. Blutserum etwas verflüssigt. Nach mehreren Wochen läfst sich derselbe Befund konstatieren. Die Verflüssigung der Gelatine ist keine erhebliche.

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen schwillt die 10,8 μ grofse, meist ovale, homogene Spore zu einem unregelmäfsigen Gebilde an, aus welchem meist mehrere 3—3,5 μ breite Mycelschläuche auskeimen. Vom zweiten Tage an breitet sich das Mycel meistens radienförmig vom Centrum aus. Die Hauptäste spitz endigend; reichlich gehen von denselben in spitzem Winkel, ebenfalls geradlinig verlaufend und spitz endigend, Seitenäste ab. Am vierten Tage treten an meist sehr dünnen Seitenästchen seitliche Ausstülpungen aus dem Mycel heraus; diese vergröfsern sich allmählich zu 10,8 μ grofsen, meist ovalen, aber auch rundlichen Sporen, welche oft direkt mit ihrem Spitzenpol dem Mycel anhaften, oder mit demselben durch einen dünnen Stiel verbunden sind. Diese Luftsporenbildung ist auf Agarnährböden eine spärliche, auf Blutserumkulturen dagegen eine sehr reichliche. Etwa vom fünften oder sechsten Tage ab schwellen im Verlaufe des Mycels einige Hyphenzellen zu kleineren bis 5,4 μ und etwas gröfseren Blasen an mit doppelt konturierter Wand und fein granuliertem, farblosem Inhalt. Die grofse Verschiedenheit der Bildungen sprechen für Degenerationserscheinungen.

Die Kulturen aus den Sporen charakterisieren sich makroskopisch 1. dadurch, dafs das Mycel meistenteils exquisitiv gerade radiär angeordnet ausstrahlt, 2. durch ihre Gröfse, indem dieselben in acht Tagen einen Durchmesser von 8—10 μ erreichen.

Der Rasen der Kartoffelkulturen besteht aus zartem, mehrfach sich verästelndem Mycel, deren Hyphenzellen teils einzeln, teils zu mehreren hintereinander kugelig aufgetrieben sind. Neben dem Mycel finden sich aber in sehr grofser Zahl kugelige, ovale, birnenförmige, 8 bis 14 grofse Zellen; dieselben sind homogen, durchsichtig, zum Teil aber auch feinkörnig oder doppelt konturiert. Diese Zellen bilden lange, mehrfach sich verzweigende Ketten, so dafs dieselben den Eindruck erwecken, als ob wir es mit rosenkranzförmig aneinandergereihten Früchten zu thun haben. Dies ist aber durchaus nicht der Fall, wir müssen dieselben vielmehr auffassen als aufgetriebene Hyphenzellen, denn nach einem Monat sind die Bildungen zerfallen, die Konturen der Zellen nur noch sehr undeutlich, die einzelnen Zellen bieten Gröfsenunterschiede dar, wie wir dies nur kennen bei blasigen Myceldegenerationen und nicht bei den dauerhafteren, fast gleich grofsen Sporen.

In Blutserumkulturen kann man, wenn man Präparate aus der Mitte des Nährbodens herstellt, nur Mycel nachweisen. An Minimalkulturen sieht man die Sporen zu 10,8 μ bis 13,5 μ kugeligen oder unregelmäfsigen Gebilden anschwellen, aus denen meist mehrere 4 bis 5,4 μ breite Mycelschläuche auskeimen. Die Hyphen schon kurz nach der Verzweigung deutlich septiert. Nach mehrfachen Verästelungen sieht man in regelmäfsigen Abständen aus Haupt- und Nebenästen knopfartige Ausstülpungen aus der Wandung der Hyphenzellen auftreten, welche, sich vergröfsernd, zu einer 10,8 μ grofsen ovalen, einfach konturirten, mit einem kurzen sehr dünnen Stiel der Hyphenzelle anhaftenden Spore entwickeln. Die Bildung dieser Luftsporen treten an Haupt- und Nebenästen in sehr grofser Zahl auf. Vom sechsten oder achten Tage an treten kugelige Schwellungen der Hyphenzellen auf, teils einfach, teils mehrere hintereinander, oft zu zwanzig und mehr, wodurch die Bildungen an rosenkranzförmige Früchte erinnern. Eine aufmerksame weitere Beobachtung läfst aber erkennen, dafs wir es nur mit Degenerationen der Hyphenzellen zu thun haben. Die Minimalkulturen haben ebenfalls sehr ausgesprochen eine radiäre Ausbreitung, wie wir dies des näheren bei den Agarkulturen beschrieben haben.

(Schluſs folgt.)

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Dezember 1892.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Renault stellt eine Kranke mit **Ulcus durum der rechten Halsseite** vor; es ist an dieser ungewohnten Stelle durch einen Kufs hervorgerufen, der die Haut etwas verletzte. Das Interessanteste bei diesem Fall ist aber, dafs die dazugehörige entzündete Drüse sich nicht in der Unterkiefergegend, sondern seitlich am Halse, genau unterhalb des Schankers befand, so dafs letzterer um die ganze Dicke der Drüse über die Umgebung hervorragte.

Quinquaud stellte einen Fall von **Lupus sclerosus serpiginosus** vor, der die ganze rechte Hinterbacke, den rechten Oberschenkel und einen Teil der linken Hinterbacke bedeckte. Diese gewaltige Plaque war in der Mitte durchweg vernarbt, während an der Peripherie eine Reihe tiefgreifender Geschwüre safs. Es handelte sich dabei um diejenige Varietät von Lupus, zu der sich an Bein und Fufs sehr häufig Elephantiasis hinzugesellt.

Quinquaud und Nicolle haben in einer beträchtlichen Anzahl von **Syphilisfällen** die Milz untersucht und dabei gefunden, dafs dieses Organ während des sekundären Stadiums immer etwas geschwollen ist. Diese Hypertrophie ist dagegen im tertiären Stadium nicht mehr nachweisbar.

Es folgt darauf eine Vorstellung zweier sehr schöner Fälle von **Mycosis fungoides** durch Hallopeau.

Hallopeau und Phulpin: Über einen Fall von **Mycosis fungoides** mit massiver Gangrän und Bloßlegung von Knochen. Die Verfasser haben eine Statistik sämtlicher Fälle von Mycosis fungoides aufgestellt, die in den letzten 33 Jahren in Saint-Louis zur Behandlung kamen. Es scheint, als ob ihre Zahl in den letzten Jahren nicht unwesentlich zugenommen habe. Eine neue Beobachtung veranlafst sie, folgende Sätze aufzustellen:

1. Die Ulzerationen der mykotischen Neubildungen können infolge von Massengangrän ihres Gewebes zu stande kommen.

2. Sie können, wie das Gillet, Vidal und Brocq beobachtet haben, das Skelett bloßlegen.

3. Sie können sich durch Weitergehen des sie umgebenden Wulstes und durch gleichzeitige brandige Zerstörung seines innern Teiles weiter ausdehnen.

4. Die entzündete Fläche rings um diese Neubildungen kann aus einem tief dunkelroten Gürtel von mehreren Centimetern Breite bestehen; die Haut ist in diesem ganzen Umfange verdickt und ödematös.

5. Die Diagnose wird hauptsächlich durch die Anwesenheit anderer, noch nicht zerfallener mykotischer Neubildungen ermöglicht, die sich ihr charakteristisches pathognomonisches Aussehen bewahrt haben.

6. Auch die Beschaffenheit des Wulstes, der die Geschwüre umgiebt, seine Anordnung zu einem geschlossenen Kreis oder zu Kreisfragmenten, die vollkommene Regelmäfsigkeit seines äufseren und inneren Randes, sowie sein excentrisches Wachsen mit gleichzeitigem Brandigwerden seines inneren Teiles — dies alles ist gleichfalls für die mykotischen Neubildungen bezeichnend.

7. Das Fehlen von Pruritus und Drüsenschwellung erleichtert eine Trennung der von vornherein mykotischen Formen von den erythematösen und Mischformen.

8. Die Obliteration der Gefäfse durch Proliferation des Endothels und durch Thrombose erklärt den tiefgreifenden und ausgedehnten brandigen Zerfall, der diesen Formen zukommt.

Hallopeau und Jeanselme: Über einen Fall von **Mycosis fungoides** mit Sitz am Gaumen und weitausgedehnter Sklerosierung der Haut. Es handelte sich um einen ausgesprochenen Fall von Mycosis d'Alibert, der sich durch seine Ausdehnung, die blaurote Verfärbung und das Zusammenfliefsen der mykotischen Tumoren auszeichnete. Eine dieser Geschwülste von der Gröfse einer Haselnufs safs auf der Mandel. Eine derartige Lokalisation ist bis jetzt noch nicht veröffentlicht, wenn man nicht einen Fall von Sarkomatose hierhernimmt, den einer der beiden Autoren ohne genügenden Beweis für Mykosis erklärt hat. — Aufserdem ist noch fast die ganze Haut sklerotisch verhärtet, und an dieser Verhärtung beteiligt sich auch das Unterhautzellgewebe, so dafs es sich nicht nur um eine einfache Verdickung wie bei den erythematösen Formen handelt. Ein Geschwür am Rücken ist von dem charakteristischen Wulst umgeben. — Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen Gesichtstumors ergab:

Das Vorhandensein eines Reticulum in der Cutis, dessen Maschen mit Zellen angefüllt waren, die entweder rund oder durch gegenseitigen Druck polygonal erschienen. Durch eine beträchtliche Erweiterung der kleinen Gefäfse erklärt sich die blaurote Verfärbung der Neubildungen, und indem zahlreiche andere Gefäfschen durch Endothelwucherung obturiert werden, kommen der geschwürige und brandige Zerfall zu stande, den man stellenweise an einzelnen Geschwülsten beobachtet.

Die Sitzung schlofs mit der folgenden epochemachenden Mitteilung:

Zambaco-Pacha: **Über die Lepra in der Bretagne.** Als Zambaco zuerst von der Krankheit Panaris analgetica oder Maladie de Morvan las, kam ihm der Gedanke, ob es sich dabei nicht um Lepra handeln könne, da er in Konstantinopel Fälle von Lepra beobachtet hatte, die vollkommen der Morvanschen Krankheit glichen. Aber auch die Syringomyelie erschien ihm wie eine Zwillingsschwester der Lepra, denn in einer Reihe von Leprafällen hatte er das hervorragendste Symptom der Syringomyelie, die dissoziierte Sensibilität, beobachtet. Er teilte seine Gedanken Herrn Prof. Pétres in Bordeaux mit, und wirklich ermittelte dieser auf bakteriologischem Wege Lepra in einem Falle, den er für Syringomyelie gehalten hatte.

Darauf hat nun Zambaco, um über die Natur der Morvanschen Krankheit ins Reine zu kommen, eine eingehende und ausgedehnte Forschung in der ganzen Bretagne angestellt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung teilte er in der letzten Sitzung mit und erläuterte sie gleichzeitig durch zahlreiche Photographien von Patienten aus der Bretagne. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die Lepra ist sicher und ziemlich verbreitet in der Bretagne vorhanden.

2. Sie tritt in allen ihren Formen auf. Zambaco hat wirkliche Lepra tuberculosa, Lepra ulcerosa et mutilans, Lepra maculosa und Lepra anaesthetica gesehen; ferner unzweifelhafte Fälle von Lepra, in denen, wie bei der Syringomyelie, die Sensibilität dissoziert war.

3. Die Formen, die Morvansche Krankheit oder Panaris analgetica genannt werden, sind Leprafälle.

Zum Schlufs bemerkt Zambaco, dafs ganz sicher manche bizarre Formen, deren Diagnose bislang noch nicht möglich war, nichts anderes als Varietäten der Lepra sind. Er rechnet hierher manche, angeblich auf Ernährungsstörungen beruhende

Ulzerationen, einzelne Formen von Sklerodermie — er kennt Fälle von Lepra, die vollkommen das Bild von Sklerodermie darbieten — von Syringomyelie u. s. w.

Darnach scheint also die Lepra einen viel gröfsern Umfang zu haben, als man bis jetzt annahm, und bislang wenig gekannte anormale Formen und Varietäten zu enthalten.

Besnier zollt der Zambacoschen Arbeit seine vollste Anerkennung, spricht aber gleichzeitig sein Bedauern aus, dafs Z. auch nicht in einem einzigen seiner bretonischen Fälle den Hansenschen Bacillus gefunden habe. Ein einziger derartiger Befund würde genügen. Der Nachweis des Hansenschen Bacillus sei aber unerläfslich.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung, von Dr. A. Freiherrn von Schrenck-Notzing. Stuttgart, Ferdinand Enke. Die Erfolge der Suggestion bei sexueller Hyperästhesie, Anästhesie (Impotenz), Parästhesie werden unter Citierung zahlreicher Krankheitsgeschichten genau mitgeteilt und sehr gepriesen. Denjenigen, die diesem Thema Interesse entgegenbringen, kann die Lektüre des umfangreichen Buches nur empfohlen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, von M. Kaposi. 4. Aufl., erste Hälfte. Wien und Leipzig 1893. (Urban und Schwarzenberg.) Von dem Kaposischen Lehrbuche ist nunmehr die IV. Auflage der im Jahre 1887 erschienenen dritten gefolgt, und zwar ist bis jetzt die erste Hälfte herausgekommen, während die zweite noch im Laufe des Jahres folgen dürfte.

Auch diese Auflage ist in mannigfacher Weise vermehrt und umgearbeitet, wenn sich auch im grofsen und ganzen, was Einteilung etc. anbelangt, das Werk nicht wesentlich verändert hat.

Entsprechend der gerade in den letzten Jahren bedeutend angewachsenen Litteratur unseres Spezialgebietes, finden wir eine ausgiebige Berücksichtigung aller neueren Arbeiten, nicht minder geschieht in hervorragendem Mafse der in neuerer und neuester Zeit eingeführten und empfohlenen Medikamente Erwähnung. Dafs infolgedessen manches Kapitel gänzlich verändert erscheint, ist wohl kein Wunder; so z. B. hat das vom Molluscum contagiosum nach den neueren Arbeiten eine ganz andere Bearbeitung erfahren.

In jedem Falle wird diese neue Auflage des bewährten Lehrbuches von jedem freudig begrüfst und gern gelesen werden.

Die untadelhafte Ausstattung, was Papier, Druck, und Abbildungen, die auch um einige vermehrt sind, zu erwähnen, erscheint fast überflüssig, doch möge dies noch lobend hervorgehoben werden. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Die essigsaure Thonerde und deren Verordnung, von THEODOR MÜNSBERGER. (*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 33.) Verfasser hebt mit Rücksicht auf die österreichische Pharmokopoe hervor, dafs 12,5 des offizinellen Lq. alum. acet. entsprechen 1,0 trockener essigsaurer Thonerde und dafs man bei der Verschreibung also, um den Prozentgehalt genau zu normieren, stets daran denken mufs, dafs eine 1%ige Lösung von essigsaurer Thonerde gleicht ist

Lq. alum. acet.	12,5
Aq. destillat	87,5.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Ungiftigkeit der Dermatols, von E. GLAESER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 41.) Den von WEISMÜLLER publizierten Fall von einer angeblichen Vergiftung mit Dermatol kann man sich nur daher erklären, dafs das Dermatol, wahrscheinlich mit Arsen, verunreinigt war. Bei dem ausgedehnten Gebrauche des Mittels in Breslau seit nunmehr 1½ Jahren war einmal Icterus, ein zweites Mal Diarrhoe beobachtet. Beide Affektionen aber gingen — trotz fortgesetzter Dermatolbehandlung — nach wenigen Tagen vorüber. Vor kurzem erfolgte ein tödlicher Ausgang eines Falles von ausgedehnter Verbrennung (Abth. des Herrn Dr. RIEGNER daselbst), bei dem der Verdacht auf Dermatolvergiftung bestand. Verfasser hat nun Stücke von Darm, Nieren, Leber und Milz untersucht, aber nirgends hat er Schwarzfärbung der Epithelien oder eine Schwärzung der Lymph- und Blutgefäfse in der Darmschleimhaut nachweisen können. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Krankenheiler-Seifen; ein Beitrag zur Kenntnis der medikamentösen Seifen, von Dr. PASCHKIS. (*Pharmac. Post* 1892. No. 20. *Deutsche Medizin.-Ztg.* 1892. No. 71). Die Krankenheiler-Seifen werden in drei Nummern abgegeben, als Jodsodaseife No. 1 und No. 2 und als verstärkte Quellsalzseife No. 3. Keine der drei Seifen enthält Jod; sie sind nur etwas parfümierte, wenig alkalische Kokosnufsölsodaseifen. Eine Seife mit 0,1% freiem, kohlensaurem Alkali erfüllt denselben Zweck, ist aber billiger. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das wirksame Prinzip der Nessel haben ODDI und LOMONAW untersucht mittelst eines wässerigen Extraktes der gemeinen Nessel. Bei Fröschen fanden sie Paralyse centralen Ursprungs, Verlangsamung der Herzthätigkeit mit schliefslichem Stillstand in Diastole. Bei künstlicher Cirkulation durch die Gefäfse isolierter Organe erzeugt es eine mächtige, vasokonstriktorische Wirkung, die noch stärker wird, wenn vorher Antipyrin durch das Organ cirkulierte. Ein aus der Pflanze isolierter krystallisierter Körper tötet Frösche in der Dosis von 0,01. (*La Riforma medica,* 12. April 1892. *Deutsche Medizin.-Ztg.* 1892, No. 63.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pharmakologische Untersuchungen über Salophen, ein neues Salicylsäurederivat, von Dr. W. SIEBEL. (*Therapeut. Monatshefte* 1892, No. 1.) Salophen ist Salicylsäureacetylparamidophenoläther und soll besonders das Salol ersetzen. Die Formel lautet:

$$C_6H_4\angle{}^{OH}_{COOC_6H_4N\angle{}^{H}_{COCH_3}}.$$

Der Gehalt an Salicylsäure beträgt 50,9 %; es stellt kleinste weifse, krystallinische Blättchen dar und ist in Wasser fast ganz unlöslich, löst sich leicht in Alkali, Alkohol, Äther, ist geruch- und geschmacklos. Der Pankreassaft besorgt die Spaltung im Organismus. — Die Giftigkeit des Salophens ist erheblich geringer als diejenige des Salols; die Giftwirkung wird durch die abgespaltene Salicylsäure, nicht durch den Acetylparamidophenolrest herbeigeführt. — Die Prüfung durch GUTTMANN ergab keine unangenehme Nebenwirkung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Quecksilberverdampfung aus Quecksilbersalben, von Prof. KUNKEL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. 2.) Erwärmte Luft wurde durch einen ganz niedrigen geschlossenen Kasten geleitet, dessen Boden mit grauer Salbe bedeckt war; das Quecksilber wurde durch konzentrierte Salpetersäure absorbiert, welche von Glaswolle in langen Absorptionsröhren aufgezogen war. In 1 ccm Luft wurden 10—18 mg Quecksilber gefunden; es ist also eine gewisse Verdunstung nachweisbar und die Aufnahme von Quecksilber durch die Atmung bei der Inunktionskur nicht bedeutungslos. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wasserstoffsuperoxyd als therapeutisches und diagnostisches Mittel, von STUVER. (*Therapeutic gazette* 92, No. 3. *Deutsche Medizinal.-Ztg.* 1892, No. 63). Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Eine genügend starke Lösung von Wasserstoffsuperoyyd ist ein sicheres, antibakterielles Mittel.
2. Durch Oxydation zersetzt es schnell Eiter, diphtheritische Membranen etc.
3. Es desodoriert hochgradig, reinigt, ohne zu reizen.
4. Durch seine Fähigkeit, in eine Gegend mit Verdacht auf Eiter injiziert, bei Gegenwart von Eiter eine sofortige Anschwellung zu bewirken, besitzt es diagnotischen Wert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Administrationsmethode für Jodkalium, von D. BRYSON-DELAVAN. (*Medic. Ricord* 40. 91. 22. *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892, No. 19.) Peptonisierte Milch deckt in dem Verhältnis 0,5 : 120 den Geschmack von Jodkalium und verhindert die Jodintoxikation. Sherry kann als Stimulans zugesetzt werden. Man nimmt 5 Tropfen einer gesättigten Jodkaliumlösung (= 0,3 Jodkalium), 15 Tropfen Pepsinessenz, einen Theelöffel Sherry, 60,0 warme Milch, mischt alles und stellt es kalt. Die Milch darf nicht zu heifs sein, sonst verliert das Pepsin seine Kraft. Nach bald eintretender Gerinnung ist die Mischung für den Gebrauch fertig. Man kann es auch folgendermafsen verschreiben:

Solutio saturata Kalii jodati	96,0.
Pepsinessenz	30,0.
Vinum Xerense	120,0.

MDS. 1 Theelöffel auf 4 Efslöffel Milch; nach Vorschrift.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Toiletten- und medizinische Seifen, von J. V. SHOEMAKER. (*Med. Bull.*, Vol. XIV., No. 5. Mai 1892.) Verfasser giebt eine ziemlich umfassende Liste von medizinischen Seifen und deren Indikationen und bespricht auch die gewöhnlichen Waschseifen, und namentlich einige Verfälschungen, welche häufiger bei denselben vorkommen. *Philippi-Nieheim.*

Über pulverförmige medizinische Seifen und einige neue medizinische Stückseifen, von P. J. EICHHOFF. (*Therap. Monatsh.* 1892. No. 10.) Aufser den überfetteten Seifen, welche Verfasser bei der Behandlung der Hautkrankheiten von den

Seifen für die besten hält, hat er noch folgende neutrale und alkalische herstellen lassen:

1. neutrale und alkalische Chininseife, 2. neutrale und alkalische Kreolinseife, 3. neutrale Mentholseife, 4. neutrale und alkalische Schwefel-Kamphor-Perubalsamseife, 5. neutrale und alkalische Ichthyol-Teerseife, 6. neutrale Menthol- und Eukalyptolseife, 7. neutrale Benzoeseife, 8. neutrale und alkalische Fichtennadelextraktseife, 9. neutrale und alkalische Thiolseifen. Der Procentgehalt ist derselbe, wie bei den entsprechenden überfetteten Seifen. Die Herstellung der neutralen Sorten ist die, dafs die indizierten Medikamente der neutralen, nicht-überfetteten Grundseife zugesetzt werden, die der alkalischen die, dafs dieser neutralen Grundseife zunächst durch Zusatz von 5% einer Mischung von Kalium carbonicum und Natr. carbon. zu gleichen Teilen alkalische Beschaffenheit gegeben und dann erst das Medikament zugesetzt wird. Weitere neuere medizinische Stückseifen sind 1. eine Lysolbimmsteinseife (Lysol 10%, Bimmstein 30%, Seife 60%) als Desinfektionsseife für Ärzte; 2. eine einfache Lysolseife (Lysol 10%, Seife 90%) in überfetteter, neutraler und alkalischer Form, auch als desinfizierend, ferner gegen Pruritus universalis und localis und gegen alle parasitären Affektionen der Haut; 3. Kantharidinseife (Kantharidin 0,2%, Seife 99,8%); in neutraler und überfetteter Form, als Haarseife, wenn die Haarwurzeln noch nicht zerstört sind, und bei Alopecie; 4. Teerseife (Pix liquida 10%, Seife 90%) in neutraler, überfetteter und alkalischer Form; 5. überfettete Quecksilberseife (Hydrarg. 5%, Lanolin 5%, Grundseife 90%), zu antisyphilitischen Kuren, indem das Hg. besser resorbiert wird, ferner zum Zerteilen von Entzündungen, besonders Lymphangitiden oder zum Resorbieren von Exsudaten, aufserdem zur Vertreibung der Filzläuse, der Kopfläuse und anderer Parasiten; 6. Rotterinseife (Rotterin 5%, Grundseife 95%) in neutraler und überfetteter Grundform als Desinfektionsseife und bei verschiedenen parasitären Hautleiden. Ferner hat er eine hygienische Toilettenseife und eine hygienische Rasierseife darstellen lassen, zu denen nur reizlose Medikamente zugesetzt werden. Was nun die pulverförmigen Seifen anbetrifft, so hat sie Verfasser deshalb darstellen lassen, weil 1. jedes trockene Medikament darin absolut haltbar ist und sich nicht zersetzt, 2. weniger davon verbraucht wird, 3. die Dosierung eine genaue sein kann und 4. die Sauberkeit und leichtere Transportfähigkeit eine viel gröfsere ist, als bei den Stückseifen. Sie sind das Ideal der medizinischen Seifen und stellen sich vermöge ihrer absoluten Trockenheit im Gebrauch viel billiger. Die Herstellung ist folgende: Es wird zunächst aus reinem Rindstalg und Natronlauge eine neutrale Seife durch Sieden bereitet, diese dann getrocknet und absolut wasserfrei gemacht und zu Pulver verrieben und gesiebt. Dieses neutrale Seifenpulver, das von blendend weifser Farbe ist, ist sehr hygroskopisch, mufs daher verschlossen aufbewahrt werden und bildet die Grundlage für alle Sorten von Pulverseifen. Die überfettete Grundpulverseife wird dargestellt, indem der neutralen festen Seife ein Gemisch von 2% Ölsäure und 3% Lanolin zugesetzt und dann innig gemischt wird. Das Ganze lasse man dann als Pulver trocknen und verreiben. Die alkalische Grundpulverseife wird verfertigt, indem der neutralen eine Mischung von 2,5% Kalium carbonum und 2,5% Natr. carbon. zu 5% innig beigemischt wird. Die Benutzung der Pulverseifen geschieht so, dafs man das mit einem Mafs abgemessene Pulver in die Hand nimmt und dann anfeuchtet, oder man schüttet es auf die angefeuchtete Hand. Man kann Waschhandschuhe oder Waschlappen benutzen oder man kann sie auch mit einem Pinsel zum Schäumen bringen und so auf jede Stelle des Körpers applizieren.

L. Hoffmann-Berlin.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Über die Erkrankung peripherer Nerven bei Lepra anaesthetica, von Prof. C. Dehio. (*St. Petersb. Woch.* 1890, No. 48. *Deutsche Medizin.-Ztg.* 1892, No. 19). Dehio stellt ebenso wie jüngst Gerlach fest, dafs die Hautveränderungen bei der Lepra anaesthetica nicht als trophische Veränderungen aufzufassen sind, sondern durch primäre pathologische Veränderungen in der Haut selbst. Von dieser aus verbreitet sich die lepröse Degeneration längs dem Nerven nach aufwärts; es ist also die Neuritis zuerst eine ascendierende, eine sekundäre, ausgehend von den Hautnerven. Nur die verschiedenen Zweige sind durch absteigende Degeneration atrophisch geworden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Leprose im Mittelalter. Die Leprakranken waren im Mittelalter gezwungen, eine besondere Gewandung zu tragen. Dieselbe bestand aus einer Tunica oder Mantel, von den Franzosen „housse" oder „esclavin" genannt; dieser war grau oder schwarz. Ein bisweilen scharlachroter Hut oder eine Haube kam noch hinzu. Sie durften tragen einen Quersack, einen Brotkorb und die Klapper (crécelle), durch die sie ihre Annäherung ankündigten. Nach Beschlufs eines Konzils im Jahre 1330 mufsten die Leprösen ein Abzeichen tragen, das in der genannten Klapper und einem weifsen, um den Hals geschlagenen Tuche bestand. Die Brüder eines Asyls für Lepröse mufsten nach einer Verordnung von 1529 auf der linken Brustseite ein L von rotem Tuche tragen, da sie wegen der häufigen Berührung mit den Kranken eine Übertragung vermitteln konnten. — Die Beschränkung in Bezug auf Kleidung hatten die Leprösen mit den Juden gemeinsam. Solamen est miseris etc. (*The Lancet*, *Deutsche Medizinal-Ztg.* 1892, No. 19). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepra und Impfungen. Henri Fournier teilt im *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892, S. 353, auszüglich einen Brief von Dr. Suzor aus Port-Louis mit, der einige interessante Beobachtungen über Lepra enthält. So war bei einem Indier, der seit 10 Jahren an der anästhetischen Form der Lepra litt, die Krankheit nach einer Variola zum Stillstand gekommen, und die Besserung hält nun bereits vier Jahre an. Andere Lepröse haben freilich die Variola ohne nennenswerte Einwirkung auf ihr Grundleiden durchgemacht. Ein Dr. Poupinel auf der Insel Saint Maurice hat durch Impfungen mit Kochscher Lymphe (0,003, zweimal wöchentlich, drei Monate lang) bei zwei Leprösen, die an der tuberkulösen Form litten, wesentliche Besserung erzielt. Diese Versuche sollen noch fortgesetzt werden. *Türkheim-Hamburg.*

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Committee* No. 4.

Herausgegeben von P. v. Abraham.

Eine Untersuchung über die Frage von der Übertragbarkeit der Lepra vermittelst der Vaccination, von B. Rake und G. A. Buckmaster.

Es sind bereits einige Beobachtungen veröffentlicht worden, welche auf die Möglichkeit der Übertragung des Virus Leprae bei der Kuhpockenimpfung hinzudeuten scheinen; doch sind diese Fälle nicht ganz einwandfrei, da sie alle in Lepragegenden vorkommen und somit die Möglichkeit einer anderweiten Ansteckung nicht ausgeschlossen war. Verfasser haben nun im Almora Asylum 87 Leprakranke geimpft, und zwar 40 derselben mit Erfolg; von diesen hatten 34 Lepra anaesthetica, 5 Lepra mixta und 1 hatte Lepra tuberosa. Bei 14 war an einer normalen Hautstelle geimpft worden, bei 13 an einer anästhetischen, bei 1 an einer tuberösen Partie, und bei 12 zeigte die Haut der Impfstelle verminderte Empfindlichkeit; bei 31 der mit Erfolg

geimpften Patienten waren die Vaccinebläschen normal, bei den anderen 9 fanden sich gewisse Unregelmäfsigkeiten. Es wurden 93 Deckglaspräparate angefertigt, doch fanden sich niemals unzweifelhafte Bacillen darin. Bei einem Fall, wo die Bläschen auf tuberös entarteter Haut erzeugt waren, fanden sich verdächtig aussehende Stäbchen, welche sich mit Fuchsin färbten, und andere ähnliche waren bei einem Falle, wo auf anästhetischer Haut geimpft worden war, zu konstatieren.

Ferner wird auf die Thatsache hingewiesen, dafs in Gegenden, wo gerade sich die meisten Aussätzigen finden, so Birma und Kumaon, das Impfen sehr wenig geübt wird, und die meisten Leprakranken Pockennarben aufweisen. Auch im Leprahospital auf Trinidad erwiesen sich 16% der Insassen als gar nicht oder nur ungenügend geimpft. Nimmt man hierzu den Umstand, dafs unzweifelbare Fälle der Inokulation mit Lepra noch nicht konstatiert sind, und dafs andererseits diese Krankheit bei Kindern unter 6 Jahren, von denen doch nur die Lymphe entnommen wird, niemals (? Ref.) beobachtet worden ist, so erscheint die Gefahr einer Übertragung der Lepra auf dem Wege der Vaccination als fast geradezu ausgeschlossen.

Lepra und Vaccination in British Guyana, von Dr. Castor.

Vor der Royal-Commission on Vaccination hatte ein gewisser Herr Tebb verschiedene Behauptungen aufgestellt, welche darauf hinzielten, die Kuhpockenimpfung für die Verbreitung der Lepra verantwortlich zu machen. Castor, der früher Leiter des Leprahospitals in British Guyana war, bringt überzeugende Beweise dafür, dafs wenigstens für diese Kolonie diese Ansicht ganz unhaltbar ist. Ohne uns weiter mit den vielen tendenziösen und gröblichen Entstellungen des Herrn Tebb weiter aufzuhalten, sei hier nur erwähnt, dafs die Zunahme der Zahl der Leprakranken daselbst nicht zum kleinsten Teil auf Einwanderung bereits erkrankter Personen beruht. An einem gewissen Tage befanden sich im Leprahospital unter 339 Patienten nicht weniger als 188 Eingewanderte; die meisten derselben (133) stammten aus Ostindien. Übrigens könne man die Hospitalsstatistiken im allgemeinen nicht als Mafsstab für die Ausbreitung des Leidens im Volke nehmen, denn soziale Mifsstände, ein kalter Winter oder dgl. veranlassen viele Leute, sich aufnehmen zu lassen, die sonst sicher zu Hause bleiben würden. Dafs die Furcht vor Ansteckung mit Lepra nicht die Ursache ist, weshalb das geringe Volk sich der Impfung entzieht, geht daraus hervor, dafs die geringen Stände ganz ungescheut mit Leprakranken umgehen, ihnen Sachen abkaufen, sie in ihren Wohnungen aufnehmen u. s. w. Die bekannten Beobachtungen einer Entwickelung von Lepra nach dem Impfen, welche von Professor Gairdner und von Dr. Hillis publiziert worden sind, hält C. nicht für beweiskräftig, da die Möglichkeit anderweiter Infektion nicht genügend ausgeschlossen sei. Schliefslich hebt Verfasser hervor, dafs in genannter Kolonie nur importierte Lymphe zum Impfen verwendet wird und somit bei Beobachtung der üblichen Kautelen die Infektionsgefahr eine ganz minimale sein mufs.

Der angebliche Zusammenhang zwischen Impfung und Lepra, von P. S. Abraham.

Nach einem beim internationalen Hygiene-Kongrefs 1891 gehaltenen Vortrag.

Die Möglichkeit einer Übertragung des Aussatzes durch Impfen ist a priori nicht ausgeschlossen, und der Gegenstand hat bereits seit geraumer Zeit die Aufmerksamkeit ärztlicher Beobachter auf sich gelenkt. Trotzdem sind Beobachtungen, die für diese Auffassung sprechen könnten, nur in ganz geringer Anzahl beigebracht worden, und selbst die gewichtigsten derselben, die Fälle von Gairdner und Hillis) sind nicht einwandsfrei. Dagegen hat in Skandinavien, wo das Impfen seit vielen Jahren obligatorisch durchgeführt worden ist, die Anzahl der Leprakranken abgenommen, und in China ist in denjenigen Gebieten, welche am meisten von dieser

Krankheit heimgesucht sind, das Impfen gerade am allerwenigsten ausgeübt worden.

Allerdings sei es in Lepragegenden besonders nötig, beim Impfen mit allen Kautelen zu verfahren, und mit Recht werde jetzt auf Hawaii das Abimpfen von einem Kinde zum anderen vermieden. Aber das Impfen an sich als bedeutsames Mittel zur Ausbreitung der Lepra zu bezeichnen sei blühender Unsinn (arrant nonsense).

Lepra und Impfen, von R. Pringle. (*Brit. med. Journ.* 19. Septbr. 1891).

Verfasser hat während 20 Jahren die Ausführung der Impfung in Indien, in der Gegend zwischen Ganges und Jumna, Mesopotamien genannt, zu leiten gehabt. Die Bevölkerung in diesem Teile beträgt über 10 Millionen; es kommen auf die Quadratmeile etwa 500 Einwohner, und die Zahl der Geburten beträgt zwischen 50 und 60 pro Tausend. In der Zeit vom Jahre 1864 bis 1884 hat P. ohne Unterbrechung stets Lymphe aus einer Gegend, Firri oder Ghurwal genannt, erhalten. Diese Gegend, im Himalayagebirge gelegen, enthält endemisch sehr zahlreiche Leprakranke. Trotzdem hat Verfasser in der ganzen Zeit niemals in eigener oder fremder Praxis einen Fall kennen gelernt, bei dem die Entstehung der Lepra auf Übertragung durch Impfen zurückgeführt werden konnte, obgleich die Zahl der auf diese Weise Geimpften sicherlich mindestens zwei Millionen betragen mufs. (Vide auch das folgende Referat).

Fernere Bemerkung über Lepra und Vaccination,

von Beaven Rake und G. A. Buckmaster. (Nach Schlufs der Redaktion.)

Aus Ergänzung zu den Bemerkungen von R. Pringle (S.) teilen Verfasser folgende Zahlen, die sich aus dem offiziellen Census ergeben, noch mit: in den Jahren 1867 bis 1872 ergab die Einschätzung zwischen 20 und 30 Leprakranken pro 10000 Einwohner in der Gebirgsgegend Ghurwal, wo die Lymphe für die Impfungen entnommen wurde; im Jahre 1881 dagegen war das Verhältnis auf 10 bis 20 pro 10000 gefallen. In der Ebene zwischen Ganges und Jumna fanden sich in ersterem Zeitraum 1 bis 5 Leprakranke pro 10000 Einwohner, aufser in Etat mit 5 bis 10 pro 10000. Hier aber ist im Laufe der Jahre die Zahl der Aussätzigen zurückgegangen, so dafs im Jahre 1881 das Verhältnis im ganzen Flufsgebiet nur 1 bis 5 pro 10000 betrug. Demnach hat die Zahl der Leprakranken trotz der angeblichen Gefahr der Übertragung durch Impfen nicht nur nicht zugenommen, sondern in manchen Teilen eine deutliche Verminderung erfahren. *Philippi-Nieheim.*

b. *Tuberkulose.*

Über das Vorkommen von Eiweifs im Harn bei tuberkulösen Erkrankungen, von Max Kahane. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 30 ff.) Verfasser kommt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. 1. Nukleinsubstanzen sind im Harne von Phthisikern ein häufig zu konstatierender Befund, auch wenn Zeichen von Cystitis fehlen. 2. Die Intensität der Nukleinreaktionen ist nach den verschiedenen Fällen und auch im Einzelfalle schwankend. 3. Schwere Fälle scheinen eine stärkere Nukleinausscheidung zu zeigen, Larynx- und Darmerkrankungen manchmal mit ihr zusammenzuhängen. 4. Neben Albuminal- ist eine Nukleoalbuminalreaktion häufig. 5. Der Nukleinausscheidung scheint eine hohe prognostische Bedeutung zuzukommen. Bei rasch letal verlaufenden Fällen fand sich eine bis zum Tode zunehmende Nukleinausscheidung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die chemotaktischen Wirkungen des Tuberkulins und über die Reinzucht beweglicher Bakterien auf chemotaktischem Wege, von R. Kluge.

(*Pharm. Centralbl.* 1892. No. 2. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 19.) Mittelst Kapillarröhrchen, die mit 1%iger Tuberkulinlösung gefüllt waren, konnte Verfasser feststellen, dafs das Tuberkulin auf verschiedene Bakterien chemotaktisch wirkt, und zwar nicht auf alle gleich stark, so dafs man durch die Chemotaxis es in der Hand hat, von den verschiedenen Bakterien mehr oder weniger in den Kapillarröhrchen anzusammeln und dann durch Plattenkulturen zu isolieren. Für Cholera- und Typhusbacillen ist die Methode praktisch verwerthar, für letztere seien besonders Röhrchen mit Kartoffelsaft zu empfehlen. — Für die therapeutische Verwendung des Tuberkulins kommt die chemotaktische Wirkung des letzteren insofern zur Geltung, als das Tuberkulin wahrscheinlich die Tuberkelbacillen in die Blutbahn lockt; gehen diese im Blute unter, erfolgt Heilung, im entgegengesetzten Falle Weiterverbreitung des Prozesses. Ein Anhaltepunkt dafür, was geschehen wird, haben wir nicht, folglich ist der Effekt der Tuberkulinanwendung ein unsicherer. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Resultate bei Verwendung von Tuberkulin und dessen Modifikationen im Adirondack Cottage Sanatorium, von E. L. Trudeau. (*Med. News.* 10. Septbr. 1892.) Verfasser ist der Ansicht, dafs wir im Tuberkulin und seinen Derivaten ein immerhin beachtenswertes Hülfsmittel bei Behandlung der Tuberkulose, namentlich der Lunge, besitzen. Von den dreizehn unter den günstigsten hygienischen Verhältnissen mit Tuberkulin behandelten Fällen, von denen vier späte Stadien und drei sehr hochgradig entwickelte Typen darstellten, wurden drei, wie es scheint, vollständig geheilt; bei dreien wurde Stillstand des Krankheitsprozesses konstatiert, bei dreien Besserung und bei vieren fortschreitende Verschlimmerung. Von den von Hunter angegebenen Modifikationen ergab B. die besten Resultate. Im ganzen seien die Resultate entschieden besser, als diejenigen, welche Verfasser sonst bei blofs hygienischer und symptomatischer Behandlung erzielt hat. *Philippi-Nieheim.*

Die toxischen Produkte des Tuberkelbacillus, von S. M. Prudden. (*New York Med. Journ.* 10. Septbr. 1892.) Vor einiger Zeit hatte Verfasser gefunden, dafs die Einführung von abgestorbenen Tuberkelbacillen in die Ohrenvene, sowie in die Trachea von Kaninchen eine Reihe von pathologischen Vorgängen, welche einige Ähnlichkeit mit tuberkulösen Herden darbieten, zur Folge hatten. Es fehlen aber dabei die käsige Entartung, und P. hat jetzt eine Reihe von Versuchen angestellt, um zu untersuchen, ob die Einverleibung von Tuberkulin gleichzeitig mit den toten Bacillen oder später einen Einfluss ausübe. Das Resultat war total negativ.

Philippi-Nieheim.

Über die Behandlung des Lupus vulgaris, von Prof. Jarisch. (*Centralbl. f. Therap.* 1890. No. 8.) Verfasser verfährt folgendermafsen: Excochleation alles kranken Gewebes in der Narkose, dann Auflegen von 10%iger Pyrogallussalbe, 3—5 Tage lang, bis die Schabefläche gequollen, mifsfarbig, matsch geworden ist. Unter Jodoformbestreuung und 10%iger Borsalbe soll dann die Benarbung erfolgen. Nach vier bis fünf Wochen Wiederholung der ganzen Prozedur. Um entstellende Narben zu verhüten, griff J. zu den Thierschschen Transplantationen, eventuell, nachdem er vorher die Auslöffelung zwei- bis dreimal in Zwischenräumen von je einer Woche wiederholt. Die Resultate sind sehr günstig. — Auf Schleimhäuten sah J. die besten Erfolge von monatelang fortgesetzter Bepinselung mit Jodtinktur. Innere Behandlung darf natürlich nicht vernachlässigt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c. *Syphilis.*

Die Syphilisforschung im Jahre 1891, von Julius Heller. (*Der ärztliche Praktiker.* 1892, No. 31.) Eine orientierende Übersicht über die Ergebnisse der zahl-

reichen Arbeiten über Syphilis im Jahre 1891 bildet den Inhalt der Arbeit, soweit dieselben nicht rein praktischer Natur sind. Es ist sehr dankenswert, dafs der Arzt durch solche Übersichtsartikel auch über theoretische und klinische Forschungen au fait gehalten wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Syphilis, von M. v. ZEISSL. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1892.) Die kurze Gesamtdarstellung, die der Verfasser von der Behandlung der Syphilis als Direktive für den praktischen Arzt giebt, ist getragen von den bekannten Grundsätzen der ZEISSLschen Schule, die alle therapeutische Polypragmasie bei der Syphilis verwirft. Der Verfasser verwirft die Abortivkur, ist entschiedener Gegner der Präventivkur, die die Erkrankung des Centralnervensystems begünstigt, er giebt Antiluetica, besonders Quecksilber erst, wenn die syphilitischen Erscheinungen ihren Höhepunkt überschritten haben, aufser wenn schwere Organerkrankungen oder heftige Kopfschmerzen ein rascheres Eingreifen indizieren. Von Jodpräparaten, die er zur Anwendung bei den Frühformen der Syphilis empfiehlt, hält er für zweckmäfsig Jodkalium und Jodnatrium in Milch oder folgende Pillen:

Kal. jodat.
Natr. jodat. āā 8,0
Ammon. jodat. 4,0
Extr. et. pulv. Gentian. āā
q. s. Mf. pilul. No. 200

10—12 täglich nach der Mahlzeit.

Gegen syphilitische Neuralgien ist 0,5—1,0 Jodoform pro die in Pillen sehr wirksam. Als Clysma (KÖBNER) oder subkutan kann Jod auch gegeben werden, und sollen nach NEUMANN besonders subkutane Jodoforminjektionen günstige Resultate in Bezug auf Recidive geben. Auch jodhaltige Quellen zu Badekuren sind von Vorteil. Eine Anzahl Kranke, die nur mit Jod behandelt ist, ist dauernd gesund geblieben. Verfasser bespricht dann die verschiedenen Formen der Quecksilberanwendung, wobei er wie fast alle die Inunktionskur obenanstellt. Hervorheben möchte ich nur die Empfehlung des QUINQUAUDschen Kalomelpflasters:

Calomel 1000,0
Empl. diachyl. 3000,0
Ol. ricini 300,0

Auf Streifen gestrichen, so dafs jeder Quadratcentimeter 1,6 Kalomel enthält.

Von den Ausführungen über die Lokalbehandlung sei folgendes hier erwähnt: Bei tiefem Zerfall und Gangränescenz des Primäraffektes verwendet Z.:

Arg. nitr. 0,03—0,5
Bals. 40,0

Einige Tropfen auf das Geschwür geträufelt und in 2% Karbolwasser getauchte Watte aufgelegt.

Bei zerfallenen Papeln an der Schleimhaut: Arg. nitr. oder Tanninglycerin (5 : 20) oder Jodglycerin (Jod. pur. 0,05, Kal. jodat. 0,5, Glycerin 10,0) oder Sublimat 0,2, Spirit. vin rectif., Aq. font. dest. āā 5,0 (vorsichtig!); an behaarten Teilen Bepinseln mit Aq. chlor. und Aufstreuen von Kalomel, oder am Kopf tüchtig einölen, dann Abseifen mit Spirit. saponatus kalinus, abspülen, abtrocknen und Präzipitatsalbe einreiben. — Nach einer kurzen Besprechung der Nebenwirkungen der Antisyphilitica erörtert Verfasser noch die Dauer der Syphilisbehandlung, wobei er sich seinen sonstigen Ansichten gemäfs gegen die FOURNIERsche chemisch-intermittierende Behandlung erklärt. *Jessner Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der Syphilis mit Merkurialien nebst Bemerkungen über Nephritis bei Luetikern, von EDUARD LANG. (*Centralbl. f. d. gesamte Therapie.* 1892. 1.) Bei Merkurialkuren ist nicht nur auf die Mundaffektionen, sondern auch auf Enteritis und vor allem Nephritis sehr zu achten, wobei man aber zu bedeuten hat, dafs die Nephritis auch eine direkte Folge der Lues sein kann und dann gerade die

vorsichtige Anwendung des Quecksilbers indiziert. Plötzlich bei einem Syphilitiker auftretende Albuminurie mit schmutzig-blutigem, blutzylinder- und zelldetritushaltigem Urin kann vielleicht, wie WELANDER meint, auf den Zerfall eines Gumma in den Nieren hinweisen. — Verfasser tritt dann erneut für das Oleum cinereum ein, das sich ihm bei ausgedehntester Anwendung als gefahrlos erwiesen habe. Mit scharfen Worten zeiht er KAPOSI der direkten Unwahrheit, da bei dem von ihm gemeldeten Todesfall nicht angegeben, dafs eine Injektion gemacht worden sei, sondern eine Reihe von Injektionen mit ganz übermäfsiger Überschreitung der erlaubten Dosis. LANG injiziert 0,05 ccm des 50% Ol. cinereum, bei gröfseren Dosen verteilt er dieselben auf mehrere Stellen. Stets werden die Injektionen tief in die Rückenmuskulatur gemacht. 8—10 Dosen zu 0,05 genügen. Die Wirkung ist vielleicht nicht eine so schnelle wie bei anderen Präparaten, aber eine nachhaltigere. Selbstverständlich ist, dafs das Oleum cinereum in der gewünschten Konzentration stets genau verschrieben und oft erneuert werden mufs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Syphilisbehandlung mittelst des elektrischen Zweizellenbades, von KRONFELD. (*Wien. med. Wochenschr.* 1891. No. 30 und 31.) Verfasser prüfte im Anschlufs an seine Untersuchungen über die Ausscheidung des auf verschiedenen Wegen einverleibten Quecksilbers auch das elektrische Zweizellenbad. Er benutzte das von GÄRTNER angegebene, mit einem Diaphragma versehene, welches ermöglicht, dafs der ganze Strom gleichmäfsig verteilt durch den Körper geht; es wurden gewöhnlich 12 g Sublimat dem Bade zugesetzt und 15 Minuten der normale, 15 Minuten der gewendete Strom gebraucht. Die Ausscheidung des Hg erfolgt nicht schubweise, sondern gleichmäfsig und mit der Verabreichung parallel; die Gröfse der Ausscheidung ist unabhängig von der zugeführten Hg-Menge und steigt mit derselben; sie schwankt täglich zwischen 0,003 und 0,015. Albumen trat im Laufe der Behandlung im Urin nicht auf, auch fehlte Polyurie meistens, wohl aber wurde Stomatitis beobachtet. Die kurativen Erfolge waren auch zufriedenstellend; die Methode wirkte verläfslich, rasch und elegant. Recidive kamen bei der kurzen Zeit seit Entlassung nicht zur Beobachtung. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Excision des harten Schankers, von O. HOROWITZ. (*Wien. med. Presse.* 1892. No. 9.) Verfasser wendet sich gegen die in neuerer Zeit wieder vielfach empfohlene und geübte Excision des Primäraffektes zur Coupierung der Syphilis. Wenn die Sklerose auftritt, so ist auch schon Virus in den Kreislauf gelangt, da es keineswegs nur im Lymphstrom verschleppt wird. Die zweite Inkubation bedeutet nur, dafs 3—6 Wochen vergehen, bis durch Infiltration der betreffenden Stellen mit Rundzellen die Eruption des Exanthems erfolgt; die Überladung mit Gift ist schon viel früher vollzogen. Aus der Selbstimpfung mit hartem Schanker im frühen Stadium folgert Verfasser, dafs zu der Zeit das Gewebe noch nicht völlig mit Virus gesättigt ist; auch fand TARNOWSKY eine charakteristische Reizbarkeit, der syphilitschen Gewebe, auf kleine Verletzungen mit Induration zu reagieren. Die Excisionsresultate sprechen ferner gegen die praktische Bedeutung der Operation. Die Fälle, wo keine Sekundaria folgte, erklärt Verfasser ohne weiteres als nicht echte Sklerosen: es gäbe harte Geschwüre, denen überhaupt keine Syphilis folge. Viele Sklerosen lassen sich wegen ihres Sitzes an der Eichel, in der Harnröhre, an den Lippen überhaupt nicht excidieren. Endlich werden häufig im Becken gelegene Lymphdrüsen von den Lymphgefäfsen des Penis aus infiziert, die man dann nicht tasten kann, so dafs das Virus nicht total entfernt werden kann. Viele, auch per primam geheilte Operationsnarben indurieren und zerfallen nachträglich, da man die Grenzen der Induration nicht abtasten kann, vielmehr mikroskopisch weit über die tastbaren Grenzen der Induration

hinaus kleinzellige Infiltration den Blutgefäfsen entlang findet. Unterbindung der Lymphgefäfse am Penis hat gar keinen Zweck, da es deren eine ganze Menge giebt, von denen man gelegentlich eins als geschwollenen, verhärteten Strang fühlen kann.

Indem Verfasser nochmals hervorhebt, dafs er eine Propagation des syphilitischen Giftes durch die Blutgefäfse annimmt, spricht er sich gegen die Excision des Schankers aus, die nur den einen Zweck hat, den Körper von einer vergifteten Wunde zu befreien; man soll daher breit excidieren, Kauterisation mit dem Glüheisen und Ätzmitteln sei verwerflich.

(Wenn diese theoretischen Überlegungen auch noch so überzeugend klingen, so wird doch jeder in der Praxis gewifs bei irgendwie günstigem Sitz die einfache kleine, unter Cocain ganz schmerzlose Operation der Excision vornehmen, zumal die positiven Resultate nach neueren Untersuchungen doch vielleicht nicht so ganz schlechte sind. Referent.) *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis des Auges, von Conrad Froehlich. (*Der ärztliche Praktiker* 1892. 31.) Eine kurze Wiedergabe der bekannten syphilitischen Augenerkrankungen für den Praktiker. Die Keratitis parenchymatosa, Augenmuskellähmungen, Iritis, Chorioiditis werden besprochen, therapeutische Merkurialisation in Verbindung mit Schwitzen, am besten durch Natr. salicyl. empfohlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lues laryngis im Kindesalter, von Hermann Strauss. (*Archiv f. Kinderheilk.* 1892, Band XIV, Heft V.; *Allgem. med. Centralztg.* 1892. No. 69.) Verfasser berichtet drei Fälle von hereditärer Syphilis des Kehlkopfes:

1. 7 Jahre altes Mädchen, schwerhörig, heiser; Rhinopharyngitis catarrhalis. Höckrige Infiltration der Epiglottis, einen Monat später Ulcera an der Uvula und dem Rande der Epiglottis.

2. 12 Jahre altes Mädchen, seit 8 Jahren heiser, seit 2 Jahren Stridor beim Athmen. Hochgradige Schwellung der Epiglottis; grofse Ulceration der hinteren Larynxwand, übergreifend auf beide Taschenbänder, mit grauweifsem Sekret bedeckt; granulierende Ränder, Stimmbänder in grofse, dicke Wülste verwandelt; Mutter luetisch.

3. 12 Jahre alter Knabe, seit ½ Jahre Stechen im Halse, Schluckbeschwerden, belegte Stimme, leichter Stridor. Totale Schwellung des Larynx; multiple papilläre Geschwüre an der Epiglottis. Grofse Granulationsgeschwulst am rechten Aryknorpel; beide Aryknorpel stark geschwollen, asymmetrisch. Das linke Lig. aryepiglotticum mit multiplen Granulationen bedeckt. Besserung nach Jodkalium und Ungt. ciner.

Von den bekannten Fällen sind nur einige als zweifellos luetisch bezeichnet; lues hereditaria tarda ist nur in einem Falle feststehend. — Stets waren Veränderungen an der Epiglottis, meist als Perichondritis, die zur Neurose und Granulationsbildung führte. Von der Epiglottis geht der Prozefs gewöhnlich auf die anderen Theile über, verschont aber meistens die Stimmbänder. Das Befallensein der Epiglottis ist bei Kindern pathognomonisch, papilläre Wucherungen, diffuse Schwellungen deuten auch auf Lues. — Prognose wie es scheint schlechter als bei Erwachsenen.

Jessner-Königsberg i Pr.

Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis, von Engel-Reimers. Festschrift für Medizinalrat Dr. Ludwig Meyer in Göttingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892, Nr. 31.) Zwei Fälle von der typischen verrukösen Endocarditis mit Embolien werden mitgeteilt, die ausgesprochene Zeichen von Syphilis zeigten, an Gelenkrheumatismus gelitten hatten. Die syphililischen Erscheinungen gehörten der kondylomatösen Form an und waren Recidive.

Verfasser hält den Zusammenhang der Syphilis mit dem Herzleiden für erwiesen;

in einer auffallenden Enge des Aortenrohres sieht er ein prädisponierendes Moment. (Ob nicht der vorhanden gewesene Gelenkrheumatismus allein zur Erklärung genügt? Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitischen Erkrankungen des Auges, von LEOPOLD GROSSMANN (Wiener Klinik, Februar 1892.) Bei der Wichtigkeit der syphilitischen Augenleiden ist die von G. gegebene ausführliche Darstellung derselben sehr willkommen zu heifsen, zumal sie zum grofsen Teil auf eigenen Erfahrungen basiert. Es sei daher dieses Heft zu eingehender Lektüre dringend empfohlen. Genauere Wiedergabe des reichen Inhalts würde den einem Referate zugemessenen Raum überschreiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hirnsyphilis und Dementia paralytica, von O. BINSWANGER. Festschrift für Medizinalrat Dr. LUDWIG MEYER in Göttingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. Nr. 31.) B. kommt zu folgenden Schlüssen: Bei der Hirnsyphilis findet sich eine „effektive Störung", die der hypochondrischen Stimmungsanomalie am nächsten kommt, bei der Dementia paralytica eine qualitative Störung des aus den körperlichen und geistigen Veränderungen zufliefsenden Stimmungsinhalts, der Verlust von Urteil und Selbstkritik, durch die tiefgreifende intellektuelle Zerrüttung erklärlich. Die Stimmungsanomalie der Hirnsyphilitiker kann im Prodromalstadium der Paralyse vorkommen.

Der Zusammenhang von Dementia und Syphilis ist nicht zu leugnen; letztere resp. deren Toxine spielt dabei dieselbe Rolle wie andere Intoxikationen (Alkohol, Tabak, Blei) oder Gifte, die von Infektionskrankheiten (Typhus, Diphtheritis etc.) herrühren.

Eine klinische Scheidung einer syphilitischen Paralyse und einer nicht syphilitischen ist nicht berechtigt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blutseruminjektionen gegen Syphilis, von ARTHUR KOLLMANN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 36. 1892.) In Bezug auf TOMMASOLIS Versuche mit Lammblutseruminjektionen bei Syphilis bemerkt Verfasser, dafs er schon im Dezember 1890 und im Januar 1891 ähnliche Versuche, aber mit negativem Erfolge angestellt hat. TOMMASOLI verwandte zwar zu seinen Injektionen ausschliefslich Serum vom Lamm, K. hat solches vom Hammel, Kalb, Hund und Kaninchen benutzt. Mit Serum der von TOMMASOLI benutzten Tierart hat er nur in einem einzigen Falle und dabei auch nicht mit derartig grofsen Dosen und nicht so häufig injiziert. Bei diesem Fall verglich er die Wirkung der Seruminjektionen und der merkuriellen Therapie miteinander. Der Vergleich sprach zu Gunsten der letzteren. Nach Beschreibung der drei beobachteten Fälle ergaben sich folgende Resultate: Fall I. bekam während einer Woche, sehr bald nach der Induration des Primäraffektes, zusammen 5 Injektionen von im ganzen 9,25 ccm Hundeserum und 5 ccm Kaninchenserum. Die letzte Injektion fand 26 Tage vor dem Ausbruch der Roseola statt. Trotzdem mufste die sofort beim Auftreten der Roseola begonnene kräftige Schmierkur 40 Tage lang fortgesetzt werden, bevor die luetischen Erscheinungen verschwunden waren. Nach 3 Monaten Recidiv eines papulösen Syphilids. Der Patient von Fall II. bekam vor dem Ausbruch der sekundären Erscheinungen zusammen 6 Injektionen von im ganzen 3 ccm Kalbserum, 14 ccm Hundeserum und 6 ccm Kaninchenserum, verteilt über eine Zeit von 11 Tagen die letzte Injektion 9 Tage vor dem Erscheinen der Roseola. Nach einer über einen Monat ohne Pause durchgeführten Schmierkur von täglich 5 g Mollinum cinereum waren die luetischen Erscheinungen immer noch nicht ganz geschwunden. Nach einem halben Jahr Recidiv. Bei einer Patientin von Fall III. (sekundäre Lues, etwa ein Jahr nach der Infektion) waren nach zusammen 10 Injektionen von im ganzen 7 ccm

sterilisiertem und 18 ccm gewöhnlichem Hammelserum innerhalb 17 Tagen die Kondylome sowohl als die Leistendrüsenpackete vollkommen stabil geblieben. 3 Tage nach der letzten Injektion interne Sublimatbehandlung, die schon in 9 Tagen eine Besserung erzeugte. Zwei darauf innerhalb von 3 Tagen vorgenommene Einspritzungen von 3 ccm Kalbserum und 2,5 ccm Hundeserum beschleunigten diese Heilung durchaus nicht in irgendwie merklicher Weise. Diese erfolgte erst nach einer gründlichen Schmierkur. Eine günstige Beeinflussung der Syphilis durch die Seruminjektionen war also in diesen 3 Fällen nicht wahrnehmbar. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Vererbung der Syphilis durch die Mutter, von Thomas W. Nunn (*The Lancet.* 26. Dezbr. 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 55.) Von den Krankengeschichten sei hier die eine erwähnt: Grofsmutter zeigt alte Psoriasis palmaris und schankröses Geschwür an einem Zeigefinger; die Tochter zeigt Zeichen hereditärer Syphilis (Mangel der Augenbrauen und Wimpern, Defekte der Schneidezähne; der Mann der Tochter gesund; beider Kind, also das Enkelkind, hereditär syphilitisch. — Verfasser nimmt nun an: alte Syphilis der Grofsmutter und Reinfektion derselben wahrscheinlich vom Enkelkind aus, dessen Lues er als eine in dritter Generation vererbte auffafst. An Kühnheit lassen diese Annahmen nichts zu wünschen übrig.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Immunität der Mutter bei hereditärer Syphilis von seiten des Vaters, von Diday. (*Internat. klin. Rundschau.* 1892. No. 3. *Dtsche Med.-Ztg.* 1882. No. 55.) Die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes kann im zweiten oder dritten Monat der Gravidität syphilitische Erscheinungen zeigen ohne Primärsymptom. Für gewöhnlich ist sie immun, ohne Syphilis zu haben, und zwar ist die Immunisierung bedingt durch die auf dem Wege des Blutes erfolgende wiederholte Inokulation eines „verdünnten Fluidum" während der Gravidität, analog den Pasteurschen Immunisierungsversuchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Betrachtungen über die Diagnose der hereditären Syphilis, von D. Durante. (*Archivio italiano dio pediatria.* 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 55.) Die ersten Zeichen hereditärer Syphilis sind in den ersten beiden Monaten zu finden: vor allem sehr frühzeitig Rhinitis, später Hautveränderungen besonders an Palma manus und Planta pedis, deren Haut gespannt, glänzend, häufig Eruptionen und epitheliale Abschilferung zeigt. Noch später Ausschläge an Genitalien und am Mund. Pseudoparalysen, wahrscheinlich Läsionen des neuromuskulären Systems, sind besonders interessant und charakteristisch. Die Periostitiden und Osteo-Periostitiden besonders der Gelenkköpfe der Röhrenknochen sind, hervorzuheben; Drüsenaffektionen sind selten. Der Erfolg merkurieller Behandlung giebt ein diagnostisches Kriterium.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Spät auftretende hereditäre Syphilis der Knochen, von G. G. Davis. (*New York Med. Journ.* April 1892. No. 55.)

1. Vater syphilitisch, Mutter fünfmal abortiert; von 13 Geschwistern 9 früh gestorben. Vor acht Jahren fiel der jetzt 15jährige Patient auf die linke Tibia; es trat Schmerz und Schwellung des Beines auf. Zur Zeit der Untersuchung eine stark verdickte linke Tibia, vorn ein oberflächliches Ulcus; das linke Bein um 5 cm länger als das rechte; sekundäre Verkrümmung der Wirbelsäule. Rechts die Fibula, seitdem sie vor drei Jahren ein Steinwurf getroffen, verdickt. Patient etwas nervös, schlecht genährt; hohe, unregelmäfsige Temperatur, die in 12 Stunden um 5% C. wechseln konnte. — Jodeisen, Sublimat, Jodkalium; unbedeutende Besserung.

2. Ein Knabe von 14 Jahren leidet seit 6 Jahren an schmerzhaften Affektionen der Vorderarmknochen Unterschenkel und Füfse, die eine fusiforme Verdickung zeigen.

3. Knabe von 11 Jahren leidet seit 5 Jahren an Schmerzen in Armen und Beinen; an allen schmerzhaften Gliedmafsen deformierende Verdickungen. Vater giebt nur Gonorrhoe zu. Zwei Geschwister von 14—16 Jahren gesund, 3 frühzeitig gestorben. Antisyphilitische Behandlung giebt gute Resultate.

4. Knabe von 13 Jahren bekam vor 4 Jahren Schmerzen im rechten, ein Jahr später im linken Knöchel; die schmerzhaften Teile schwollen an. Die rechte Tibia um 1 cm länger als die linke. Anamnestisch keine Syphilis zu eruieren. Jodkalium bringt Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Über den Favus, klinische, mykologische und histologische Untersuchungen, von V. Mibelli. *(Giornale ital. d. Mal. ven. e d. pelle;* fasc. II, III, 1892.) Verfasser behandelt den Gegenstand unter Zugrundelegung von 7 Krankheitsgeschichten eigener Beobachtung und leitet seine Arbeit ein mit einer Betrachtung über den sogenannten Favus herpeticus. (Quinckes α-Pilz.) Diese Bezeichnung für diejenige Favusform, welche mit dem Herpes tonsurans gewisse Ähnlichkeiten zeigt, sollte nach M.'s Ansicht aus der Nomenklatur vollständig gestrichen werden. — Nach den verschiedenen klinischen Formen, unter denen sich der Favus präsentiert, lassen sich aufser dem Favus vulgaris oder scutularis unterscheiden: 1. Favus maculosus oder erythematopityriasicus; 2. Favus erythemato-squamosus, marginatus; 3. Favus squamosus und papulo-squamosus abortivus; 4. Favus erythemato-vesiculosus circinatus. Während nun nach Quinckes Angaben der Favus herpeticus (α-Pilz) ausschliefslich die unbehaarten Körperregionen, der Favus vulgaris (β und γ) die Kopfhaut befallen sollte, äufsert sich M. dahin, dafs die Verschiedenheit des klinischen Bildes nicht auf einer Pilzverschiedenheit beruht, dieselbe sei vielmehr die Folge der differenten Reaktion der betreffenden Hautstelle gegen die Pilzinvasion. Entwickelt sich nämlich der Pilz nur ganz oberflächlich, so wird sich die erythematöse Form entwickeln, vermag er aber an circumskripter Stelle mehr in die Tiefe zu wirken (in natürlichen Krypten, z. B. den Haarfolikeln, auf Substanzdefekten etc.), so wird es zur Ausbildung eines Scutulums kommen. Es kommt ferner hierbei die Beschaffenheit der Haut selbst und ihre individuelle Resistenzfähigkeit in Betracht. Es repräsentieren die erythematösen Erscheinungen der parasitären Hautaffektionen die Reaktionsweise der Haut gegen den Reiz der Pilzinvasion. Diese Reaktion trachtet naturgemäfs nach der spontanen Abheilung des Prozesses. Tritt sie nun nicht oder nur mangelhaft ein, um so sicherer erfolgt das ungestörte Fortschreiten der Pilzvegetation, d. h. die Ausbildung des Scutulums.

Mit dieser Anschauungsweise steht auch vollkommen im Einklange der bakteriologische Befund. Entgegen den Mitteilungen anderer Forscher, wie Quincke (3 Pilze), Elsenberg (2), Kral (6), Unna und Frank (3), konnte nämlich M. auf den verschiedenen Nährböden (Agar, Blutserum, Gelatine, Kartoffel) immer nur einen und denselben Pilz züchten, und zwar in Form von aus konzentrischen Ringen bestehenden, bis 5 cm im Durchmesser zählenden Scheiben, welche, wenn sich zugleich mehrere von ein und derselben Ausdehnung auf demselben Boden entwickelten, untereinander nicht verschmolzen.

Morphologisch präsentiert sich der Pilz in seinen Kulturen unter den verschiedenen Ansichten, je nachdem sich die Kultur in einem jüngeren oder älteren Entwickelungsstadium befindet, oder je nachdem man einen mehr central oder mehr peripher gelegenen Teil des Rasens untersucht.

In seiner elementaren Gestalt stellt das Scutulum da, wo es sich nach allen Seiten frei entwickeln kann, d. h. an der trichterförmigen Vertiefung der Follikel-

mündung, ein sphärisches Gebilde dar. An demselben läfst sich nach der Weigertschen Färbemethode ein leicht tingibler centraler und ein den Farbstoff in geringerem Grade aufnehmender peripherer Teil unterscheiden. In letzterem verlaufen die Mycelfäden in viel regelmäfsigerer, radiärer Form. Das Ganze umgiebt eine körnige Zone, in welcher sich die letzten Verzweigungen der periphern Teile der Kolonie verlieren. Diese Körnerzone wird gebildet von den den Überresten der Zellen des Stratum granulosum Malpighi. Bei Vergröfserung des Scutulums findet sich dieselbe immer wieder, ebenso lassen sich die jüngsten peripheren Schichten des Scutulums in Form konzentrischer Ringe erkennen.

Hinsichtlich der Topographie der Pilzvegetation im Haare selbst konnte M. mit Sicherheit nachweisen, dafs sich das Mycel in der Rindensubstanz ausbreitet. Der Pilz dringt am Infundibulum, wo die üppigste Vegetation stattfindet, in das Haar hinein und verbreitet sich von hier nach oben und unten dem Haare entlang; in letzterer Richtung nimmt es ungefähr die $^2/_3$ des Schaftes ein, ohne jemals den Bulbus selbst oder die äufsere Wurzelscheide zu ergreifen.

Unter den Veränderungen der vom Favus befallenen Haut finden sich konstant: 1. eine Alteration der elastischen Fasern, welche gröfstenteils verschwunden, oder an den Stellen, wo die Haut atrophisch geworden, hypertrophisch sind; 2. das Fehlen von Talgdrüsen; 3. reiche Epithelproliferation an Stellen, wo das Rete nicht von aufliegenden Scutula komprimiert wird. — In das Derma selbst dringt der Pilz nie ein. Die Hautatrophie, welche im Gefolge des Favus beobachtet wird, mufs als eine Druckerscheinung (von seiten der Scutula) betrachtet werden.

Bezüglich des Ausgangs der Affektion bemerkt M., dafs die Haut erst dann in einen für die Entwickelung des Pilzes untauglichen Zustand tritt, wenn diesem infolge der Atrophie und Sklerose, sowie des Gefäfsmangels im Derma der günstige Nährboden genommen, oder wenn er auf der absolut glatt und gleichmäfsig gewordenen Epidermis keine Stelle mehr findet, wo er sich festsetzen kann.

Der Nagel zeigt bei Favus folgende Veränderungen:

1. In Epidermis und Derma des Nagelbettes finden sich dieselben Erscheinungen entzündlicher Reaktion, wie die favösen Hautstellen anderer Körperregionen.

2. Der Nagel selbst behält seine normale Dicke; die scheinbare Verdickung am freien Rande, sowie an den seitlichen Partien beruht auf Zwischenlagerung von Hornsubstanz zwischen Nagelbett und Nagel.

3. Diese Hornsubstanz ist eine der Prädilektionsstellen für die Fortsetzung des Pilzes. Eine andere Prädilektionsstelle ist die Nagelsubstanz selbst, jedoch nur ihre oberflächliche Schicht.

4. Der Pilz dringt weder in die Epithelschicht noch in das Derma des Nagelbettes. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Myxödem, von Kraepelin. (*Deutsch. Arch. f. klin. Medicin*, 49. Bd., 1892, Heft 6.) Verfasser beschreibt zwei neue Fälle und berichtet weiter über den bereits früher von ihm veröffentlichten. Zwei derselben waren sehr ähnlich: sie zeigten Sinnestäuschungen, Empfindlichkeit gegen Gehöreindrücke, Reizbarkeit, psychische Erregung, Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, Auslösung von Zuckungen bei Beklopfen der N. ulnares, subjektives Kältegefühl, die Infiltrationen schwanden mit Abnahme des Körpergewichts. In allen dreien fanden sich Parästhesien, Steigerung der Patellarreflexe, Tremor, Erhöhung des elektrischen Leitungswiderstandes, Stumpfheit und Benommenheit und vor allem die Ablagerungen in der Haut; die Schilddrüse fehlte. Bei dem zweiten Fall schwankte Verfasser lange in der Diagnose, bis die Blutuntersuchung dieselbe festigte.

Es fand sich nämlich in allen eine Vergrößerung des Durchmessers der roten Blutkörperchen, ohne Änderung des Hämoglobingehalts oder des Zahlenverhältnisses der roten und weißen Zellen. Ferner ist das spezifische Gewicht des Blutes und des Serums erhöht, die Trockenrückstände sind schwerer als in der Norm; der spektrophotometrische Extinktionskoeffizient ist ebenfalls vergrößert. Der Fibringehalt ist herabgesetzt. In dem klinisch abweichenden Falle ist das relative Gewicht der roten Blutkörperchen vermindert, das des Serums erhöht, in den beiden umgekehrt. Verfasser möchte diesen zweiten Fall als ein früheres Stadium ansehen, bei dem die roten Zellen an Zahl abgenommen haben, dafür aber größer und reicher an Trockensubstanz geworden sind, während sie später kleiner und wässeriger werden.

Jedenfalls spielt die Schilddrüse bei der Bluterneuerung eine gewisse Rolle, und der Ausfall dieser Funktion führt zu einer tiefgreifenden Ernährungsstörung, besonders in der Jugend.

Einen vierten Fall, auch ein Weib, beschreibt Verfasser anhangsweise, er gehört wahrscheinlich auch hierher, wennschon die Blutuntersuchung nicht gemacht werden konnte. Hier fehlte das Kältegefühl und die Steigerung der Patellarreflexe (wie bei Cachexia strumipriva). Dagegen traten tetanische Anfälle und Collapse auf.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Myxödem und Geistesstörung, behandelt mit Injektionen von Schilddrüsenextrakt, von E. C. Carter. (*Brit. med. Journ.* 16. April 1892.) Eine 43jährige Frau, die wegen Aufregungszustände, Verfolgungswahn und anderer ausgesprochenen Erscheinungen von Geistesstörung in einer Anstalt untergebracht war, hatte seit 4 Jahren oder länger Symptome von typischem Myxödem dargeboten. Sie wurde nach dem Vorgang von Murray u. a. drei und einen halben Monat lang mit regelmäßigen Einspritzungen eines Extraktes der Schilddrüse von Schweinen behandelt. Körperlich war eine auffällige Besserung zu konstatieren, und geistig war die Kranke ebenfalls, wenn auch nicht in so hohem Grade, gebessert.

Philippi-Nieheim.

Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum, von G. Murphy. (*Med. News.* 16. April 1892.) Dieselben betreffen einen 10jährigen Knaben und seine 6jährige Schwester. Bei ersterem hatte die Affektion im dritten Monat nach gelindem Fieber in Gestalt von minimalen Bläschen mit nachfolgender Pigmentierung begonnen; später traten warzenartige, pigmentierte Gebilde an verschiedenen Teilen des Körpers und namentlich am Gesicht hervor. Dieselben lösten sich teils spontan, teils durch Einwirkung von Traumen mehr oder weniger ab. Auch jetzt treten zeitweilig neue Tumoren hervor. Die Augen sind stark beteiligt gewesen und das Sehvermögen rechts ist verloren. Das Mädchen zeigte ähnliche Erscheinungen.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von trockener Gangrän, von H. J. Daggett. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1892.) Eine 35jährige, unverheiratete Person hatte seit etwa 5 Wochen an intensiven Kopfschmerzen, gelindem Fieber, etwas Schmerz in der linken Schulter und Brust, sowie seit einigen Tagen an einer schwärzlich-bläulichen Verfärbung des rechten Fußes krank gelegen. Die Gangrän breitete sich langsam weiter aus und demarkierte sich ziemlich genau am Symeschen Schnitt. Der Fuß wurde eben überm Sprunggelenk amputiert. Blutung nur höchst wenig. Heilung unter tonisierender Behandlung vollständig. Der Fall ist ungewöhnlich und nicht leicht zu erklären.

Philippi-Nieheim.

Die Behandlung von Beingeschwüren, von S. S. K. Morton. (*New York med. Journ.* 2. Juli 1892.) Beim gewöhnlichen Ulcus cruris legt M. nach vorheriger Desinfektion und Reinigung einige Streifen Listerschen Protective Silks auf, alsdann

6 oder 8 Lagen angefeuchteter Gaze (mit 1‰ Sublimatlösung) und eine Gazebinde zur Befestigung. Letztere wird nicht mit Renversés angelegt, sondern nach der üblichen Befestigung am Fufse läfst man sie am Unterschenkel laufen, wie sie will; sie windet sich dann von selbst ganz platt dem Beine an. Verbandwechsel alle 24 bis 48 Stunden. Sehr nützlich zur Reinigung der Geschwüre ist ein Spray mit H_2O_2. Eine Beschleunigung der Überhäutung kann man oft dadurch erzielen, dafs man von der durch die Sublimatverbände desinfizierten Haut vorsichtig eine Portion Epithelzellen abkratzt und auf die granulierende Fläche streut. Dieselben wachsen dann oft aufs Schönste weiter. Zur Ablösung von Gangränfetzen bedient sich Verfasser mit bestem Erfolg des Aufstreuens von Papoid (vegetabilischem Pepsin) in minimalen Mengen. Man läfst das Mittel nur 24 Stunden lang einwirken. Bei Eintritt von Entzündung selbst septischer Art erwies sich eine Ichthyolsalbe (20 : 80) mit Lanolin als höchst wirksam. *Philippi-Nieheim.*

Sekretionsanomalien.

Gegen Hyperhidrose und Schweifsfüfse:

1. *Naphtol.*	5,0
Glyzerin.	10,0
Spirit. vin.	100,0

Damit werden die betreffenden Teile täglich 2 mal gewaschen, darauf mit Amylum gepudert.

Waschungen mit:

2. *Sol. Kalii hypermang.* 1,0—5,0 : 500,0.

3. *Talc.*	40,0
Bismut. subnitr.	45,0
Kalii hypermang.	3,0
Natr. salicyl.	2,0

4. *Aq. coloniens.*	120,0
Tinct. Bellad.	25,0

MDS. 2—3 mal täglich einreiben.

Türkheim-Hamburg.

Hemihyperhidrosis cruciata, von Bauer. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 52.) Ein 36jähriger Mann zeigt seit seinem 14. Jahre nur rechts eine Hypersekretion des Schweifses von der Achsel zur Leistenbeuge; an den Extremitäten dieselbe Erscheinung links, besonders an der linken Wade. Sensibilität etc. normal, Reflex erhalten, nur Pupillen stets ungleich. — Zuweilen fällt dem Patienten das Sprechen schwer; er leidet an Kopfschmerzen. Auf Pilokarpin keine Reaktion. — In der Diskussion bemerkt Jolly, dafs in Fällen von halbseitiger Hyperidrosis auf Pilokarpin beide Seiten gleich geschwitzt hätten; besonders geben Affektionen am Halse Veranlassung zu halbseitigem Schwitzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung von Schweifshänden. (*La médecine moderne.* No. 33. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 77.

Dreimal täglich einreiben mit

Acid. boric.	5,0
Borax.	
Acid. salicyl.	ää 15,0
Alkohol.	30,0.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Entwickelungsgeschichte der lokalen venerischen Krankheiten, von G. F. Lydston. (*Adresses and Essays.* F. Klein & Co., Chicago.) Verfasser stellt die Ansicht auf, dafs der weiche Schanker und die Gonorrhoe keine spezifischen Krankheitseinheiten seien, sondern dafs dieselben blofs besondere Modifikationen anderer, weniger bösartiger Giftstoffe darstellen. Die Gonorhoe fafst er als eine durch besondere Umstände verschlimmerte Urethritis auf, den Schanker als eine nur graduell von irgend einem beliebigen Geschwür der Genitalien verschiedene Affektion auf. Auch sei das Virus bei beiden ähnlicher Art, und was das Wichtigste ist, dasselbe kann unter geeigneten Umständen de novo sich erzeugen. Diese auch von Taylor und Bumstead vertretene Ansicht begründet L. durch verschiedene Beobachtungen, deren Bedeutung nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist.

Philippi-Nieheim.

Entfernung eines vier Zoll langen Glasstabes aus der Blase, von T. M. Todd. (*Occ. med. Journ.* August 1892.) Der 49jährige Patient hatte sich den Kolben einer Glasspritze bis in die Blase eingeführt und darin offenbar abgebrochen. Der steckengebliebene, vier Zoll lange Rest wurde dann durch einen Einschnitt in die Pars bulbosa entfernt. Derselbe steckte im Blasenhalse fest. Heilung.

Philippi-Nieheim.

Polypen der männlichen Harnröhre, von Goldenberg. (*New York Med. Journ.* 9. Mai 1891.) Ein 45 Jahre alter Mann, der nie an Gonorrhoe gelitten hatte, erkrankte an plötzlicher Harnverhaltung; es wurde innere und äufsere Urethrotomie gemacht, die Wunde heilte normal. Heilung in sechs Wochen. Patient sollte nun sondiert werden, da der Strahl noch dünn war und eiteriger Ausfluſs bestand; keine Gonokokken. Sonde No. 14 (englisch) passierte, machte aber Schmerzen und Blutung. Die endoskopische Untersuchung zeigte einen halbbohnengrofsen Tumor, nahe dem Bulbus, mit breitem Stiel und von roter Farbe. Er wurde entfernt und erwies sich als bestehend aus wenig zellreichem durchsichtigen Gewebe, an anderen Stellen fibrillärem Gewebe, mit zahlreichen Rundzellen und Blutgefäfsen; der Tumor war von einer Kapsel von Plattenepithel umgeben.

In einem zweiten Fall handelt es sich um einen jungen Mann mit eiterigem Ausfluſs, der verschiedene spitze Kondylome am Praeputium und am Orificium externum urethrae hatte. Im Endoskop sah man in der Fossa navicularis drei warzige Wucherungen, schmerzhaft und leicht blutend. Sie wurden entfernt und erwiesen sich als spitze Kondylome.

In der Litteratur fand G. aufser Fällen von Papillomen (cf. Oberländer) nur einen von Neuberger beschriebenen Fall, der gleich seinem ersten als fibromatös anzusehen ist. Er hält die Papillome für viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, während die Fibrome, ausgehend vom submukösen Gewebe, selten sind.

Die Gonorrhoe in allen Fällen als Ursache verantwortlich zu machen, ist nach G.'s Meinung ungerechtfertigt.

Die Symptome eines solchen endourethralen Tumors sind im allgemeinen die einer Striktur, jedoch verschieden je nach Gröfse und Sitz. Verfasser betont die Notwendigkeit der endoskopischen Untersuchung, für die er einen Tubus, Reflektor und eine gute Lichtquelle als ausreichend erachtet, während das von Oberländer verlangte Elektroendoskop entbehrlich ist. Die Untersuchung mufs eben einfach und rasch gemacht werden können.

F. Hahn-Bremen.

Pessarium occlusivum in der Harnblase. Mitgeteilt von Lohnstein. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 52.) Als Ursache eines eiterigen Blasenkatarrhs bei einer jungen

Dame erwies sich ein Pessarium occlusivum, das ihr von ihrem Liebhaber vor dem Coitus in die Blase statt in die Vagina gebracht war. Da der Liebhaber augenscheinlich beim Coitus geschickter in der Auffindung der Vagina war, hatte die Patientin die Blasenbeschwerden zu tragen, ohne der gefürchteten Gravidität entgangen zu sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der Ureterfisteln, von ARIE GEYL. (*Sammlung klinischer Vorträge*, begründet von R. von VOLKMANN, neue Folge, No. 37.) Es handelt sich um einen Fall von linksseitiger fistula uretero-vaginalis; rechtsseitiger fistula uretero-uterina; doppelseitigem Einrifs der cervix uteri, ruptura completa septi perinei, nach einer schweren Zangenentbindung entstanden. Verfasser schildert, wie ihm die Beseitigung der linksseitigen Uretero-Vaginal-Fistel gelungen ist, indem er eine Vesico-Vaginalfistel unterhalb der Ureterenfistel anlegte und dann beide Fistel durch einen Kanal verband, den er durch Umschneidung und Vereinigung der umgebenden Vaginalschleimhaut herstellte, die dadurch also zur Vesikalschleimhaut gemacht wurde. Der Urin konnte nun durch diesen Kanal direkt in die Blase abfliefsen. Wo die Operation ausführbar ist, ist sie natürlich der Occlusio vaginae vorzuziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen zu J. LINKS Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der männlichen Harnblase, von O. ZUCKERKANDL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 28.) In Übereinstimmung mit v. DITTEL wendet sich Z. gegen den Vorschlag LINKS, die männliche Harnblase auf sakralem Wege, nach Enukleation des Steifsbeins und unter Umgehung des Rectum, operativ, besonders zur Entfernung der Tumoren am Blasengrunde, in Angriff zu nehmen. Z. betont die vorzüglichen Resultate der sectio alta und hebt ihre Vorteile gegenüber der vorgeschlagenen Operation hervor. Letztere sei auch nicht neu, da v. DITTEL bei der Prostatectomia lateralis in gleicher Weise vorgegangen sei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Harnröhrenverletzungen. Kontusionsverletzung der Harnröhre; gefahrdrohende Blutung, Urethrotomia externa in der vierten Woche nach der Verletzung. Heilung, von A. GREUSSING. (*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 22.) Der Titel giebt den Inhalt genügend wieder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die akute Cystitis, poliklinischer Vortrag von VERHOOGEN. (*La Policlinique.* 1892. No. 6.) Vortragender bespricht hier allein die gonorrhoische Cystitis. Bezüglich der Therapie haben sich ihm während des akuten Stadiums am besten bewährt: Ruhe, feuchte Einpackungen, laue Sitzbäder, Narcotica; eventuell Katheterismus; Milchdiät. Nach dem akuten Stadium: Ausspülungen von Urethra posterior und Blase mit Lösungen von Argentum nitricum (0,5—1 ‰ und mehr), welche mittelst NELATONschen Kathetern (mit Glyzerin bestrichen) in Quantitäten von 100—150 g mehrmals langsam eingespritzt werden. Erfolgt nach ca. 10 Ausspülungen nicht vollständige Heilung, so sieht Verfasser von weiteren vorläufig ab und läfst den Patienten wieder eine Zeit lang ruhen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Cystinurie, von W. SMITH. (*Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland*, 1881, Dublin by J. Falconer.) Verfasser hat bei einem Knaben, der an Herpes tonsurans litt, zufällig Cystinurie beobachtet; nach Aussage der Mutter setzte der Urin seit längerer Zeit einen grau-grünen Bodensatz ab und zeigte einen eigentümlichen Geruch; Verfasser konnte mikroskopisch einige Male Cystinkrystalle nachweisen; später waren sie verschwunden, ohne dafs eine besondere Therapie eingeleitet war die Gesundheit des Kindes war durchaus nicht alteriert.

Cystin ist ein Produkt der Eiweifsverdauung; es findet sich in seltenen Fällen im normalen Urin von Menschen und Hunden. Cystein ist wahrscheinlich ein Vorläufer des Cystins; dies steht in keiner Beziehung zur Harnsäure. Cystinurie findet sich häufig kombiniert mit dem Auftreten von Diaminen im Urin, wie Kadaverin oder Putrescin. Normale Urine oder Faeces enthalten nie derartige Diamine. Cystinurie kann jahrelang bestehen, ohne die Gesundheit zu schädigen. Cystinurie und Diaminurie haben wahrscheinlich Mikroorganismen als Urheber; daher hat die Therapie die Indikation, den Darm zu desinfizieren. *F. Hahn-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Zur Therapie der Epididymitis acuta. Von Röbig jun. (*Therap. Monatsh.* No. 9. 1892.) Seit vier Jahren bedient sich Verfasser bei der Behandlung der Nebenhodenentzündung zur festen Einwickelung ausschliefslich der Gummibinde und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. Er benutzt 2 m lange und 5 cm breite Gummibinden, die so gewickelt sein müssen, dafs die Stoffbänder nach innen liegen, um nachher durch eine Schleife die Bindentouren halten zu können. Beim Anlegen umfafst er das entzündete Organ von unten her so, dafs der Nebenhoden nur leise oder gar nicht berührt wird und schafft durch 2—3 Touren oberhalb desselben, die er während des Anlegens mit den Fingerspitzen fixiert, sowohl einen Halt für die folgenden Touren, wie einen Schutz gegen das Herausschlüpfen des Hodens, nähert sich dann bei den folgenden Touren bald von der einen, bald von der anderen Seite der Peripherie, nach Umständen Renversés bildend, um so der ganzen Bandage ein festes, gleichmäfsig komprimierendes Gefüge zu geben. Den unteren Pol läfst er frei, um an der allfällig bläulichen Verfärbung sehen zu können, ob die Einwickelung zu fest war. Der Verband wird nach 2—3 Tagen gewechselt, um Druckstellen der Haut rechtzeitig berücksichtigen zu können. Unter diesem Verbande kann der Patient seiner Beschäftigung nachgehen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Eine elastische Salbenspritze zur Selbstbehandlung der Gonorrhoea posterior, von Paul Seliger. (*Der ärztl. Praktiker* No. 11, 1892.) In des Verfassers Gegend mufs unter den Landleuten die chronische Gonorrhoe wohl epidemisch resp. endemisch auftreten, weil es notwendig ist, den Patienten die lokale Behandlung der Gonorrhoe mittelst Instrumenten selbst zu überlassen. Die vom Verfasser konstruierte Salbenspritze besteht aus einem cylindrischen Hohlbougie, das an der Spitze eine Öffnung hat. In diesem Bougie wird ein Asbeststempel an einer Fischbeinstange auf und nieder bewegt. Geladen wird dies kleinkalibrige Gewehr mit Unnascher erwärmter Salbensondenmasse, nachdem man das Instrument selbst in warmem Wasser erwärmt hat.

(Bei Besprechung der Unnaschen Salbensonden führt der Verfasser gegen dieselbe das Abstreifen der Salbenmasse beim Durchführen durch die Striktur an. Von diesem nur in der Phantasie einiger Kollegen lebenden Irrtume kann man sich doch sofort überzeugen, wenn man die durch die Striktur durchgeführte Salbensonde sofort wieder herauszieht. Es müfste dann, wenn die Salbenmasse von der Sonde durch die Verengerung abgestreift wäre, der die Striktur passierte Teil der Sonde von der Salbe befreit sein, was jedoch mir noch niemals passiert ist.)

P. Taenzer-Bremen.

Über gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen, von Dr. Rosinski. (*Arch. f. Geburtsh. u. Gyn.* 1892, Bd. XXII.) Das neuerdings

vom Verfasser behandelte Thema[1] weist einen Zuwachs von zwei auf fünf Fälle dieser Erkrankung auf. Neu in dieser Arbeit ist, dafs Verfasser die Fälle nicht behandelt hat, und die Heilung bereits am dritten Tage begonnen haben soll und schnell (spätestens in wenig Wochen) beendet war.

Eine Narbenbildung trat nicht ein.

(Es macht dieser Aufsatz nicht den Eindruck, als ob es sich um eine wirkliche Gonorrhoe des Mundes, sondern um irgend eine andere soorähnliche Mundaffektion gehandelt habe. Referent.) *P. Taenzer-Bremen.*

Die Urogenitalblennorrhoe (Gonorrhoe) der kleinen Mädchen, von Dr. Cohen-Brach. (*Deutsch. Med. Wochenschr.* No. 32.) Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen stellt einen entzündlichen Vorgang im Bereiche der kindlichen weiblichen Genitalien dar, welcher einen eiterigen oder schleimig-eitrigen Ausfluſs zur Folge hat. Verfasser beobachtete innerhalb 15 Monaten 21 Kinder mit derartigen Leiden im Alter von 2—10 Jahren. In allen Fällen lieſsen sich in grofser Zahl typische, in Rundzellen gelagerte Gonokokkenhaufen nachweisen, so dafs man an der echt gonorrhoischen Natur dieser Erkrankung nicht mehr zweifeln kann. Die Übertragung der Affektion hatte entweder durch indirekte Ansteckung stattgefunden oder war auch wohl durch geschlechtliche Vergewaltigung zu stande gekommen. Als typischer, geradezu pathognomonischer Sitz der gonorrhoischen Entzündung erwies sich die wegen der oberflächlichen Lage ihrer äufseren Mündung einer Infektion besonders zugängliche Harnröhre. Drückte man vom Anus und Perineum aus nach vorn oben, so kam aus der äufseren Harnröhrenmündung ein mehr oder weniger beträchtlicher Eitertropfen zum Vorschein, der fast ausschliefslich Gonokokken enthielt. Die Vagina kam als Quelle der Eiterung nicht in Betracht, für die Dauer des Ausflusses gab gewöhnlich der Bestand der Urethritis den Ausschlag. Ob überhaupt die Entzündungen der Vagina spezifisch gonorrhoischer Natur waren oder nur einen Macerationseffekt darstellten, lieſs sich nicht klar entscheiden. Sicher ist, dafs die spezifische Beteiligung der Vagina und Vulva mit zunehmendem Lebensalter so sehr zurücktrat, dafs die Bezeichnung „Vulvovaginitis“ für solche Fälle unzutreffend erscheint. Ein Fortschreiten des Prozesses nach dem Cervikalkanal und weiterhin nach den Tuben und dem Peritoneum wurde nie mit Sicherheit beobachtet, und mag die Ursache hierfür in dem festen Schlusse des äufseren Muttermundes zu suchen sein. Wegen der Seltenheit dieser Ausbreitung ist die Prognose der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen wesentlich günstiger, als nach Eintritt der Pubertät. Die das ganze Krankheitsbild beherrschende Urethritis pflegt innerhalb einiger Monate spontan abzuheilen. Alle örtlichen therapeutischen Eingriffe sind unzweckmäfsig; es genügen: einfache Reinhaltung der Genitalien und Bettruhe bei allenfallsigem innerlichen Gebrauch von Balsamicis. *L. Hoffmann-Berlin.*

[1] S. Referat *Monatsh.* XII, pag. 82.

Verschiedenes.

Der Kollodiumwatteverband und seine Verwendung zu oberflächlichen und fixierenden Verbänden und zur Befestigung von Verweilkathetern, von Ph. Biedert. (*Der ärztliche Praktiker.* 1892. No. 28.) Wenn man beim Aufbringen

von Kollodium auf die Haut immer eine dünne Watteschicht mit anpinselt, dann erhält man eine sehr fest haftende Decke, die bei Benutzung von Collodium elasticum auch für Teile, die viel bewegt werden, sich eignet. B. empfiehlt die ausgiebige Benutzung dieses Verbandes für kleine Wunden, eventuell nachdem dieselbe vorher mit etwas Protektiv bedeckt sind; besonders an den Händen ist dieselben praktisch und bequem. Will man auf einer kleinen Stelle einen antiseptischen Priessnitzschen Verband applizieren (beginnendes Erysipel, Panaritien, Furunkel, multiple Hautabscesse der kleinen Kinder, Verbrennungen, Hundebifs etc.) will man immobilisierende Verbände anlegen, dann ist der Kollodiumwatteverband dazu geeignet.

Besonders nützlich erweist er sich aber zur Fixation von Verweilkathetern, indem man einen Faden an denselben anknotet und dann, am besten oben und unten am Penis, die Fadenenden durch wiederholt aufgetragene Kollodiumwatteschichten befestigt; diese Schichten dürfen an jeder Stelle nicht mehr als $^1/_4$—$^1/_3$ der Circumferenz des Penis einnehmen. Einige Fälle illustrieren die Einfachheit und Nützlichkeit des Verfahrens. (Ref. hat das Auftragen von Kollodium, Auflegen ganz dünner Watteschichten und Anpinseln derselben als Verband bei kleinen Verletzungen, lineären Wunden — so z. B. nach Exzision einer Hautfalte aus dem unteren Augenlide — seit zehn Jahren zur vollsten Zufriedenheit angewendet.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bestimmung des Geschlechts bei der Zeugung, von D. E. Keefe. (*New York Med. Journ.*, 2. Juli 92.) Nach einer kurzen Kritisierung verschiedener, von anderen Autoren (Terry, Goubier u. a.) aufgestellter Theorien giebt Verfasser seine auf Beobachtung von 311 Fällen gegründeten Hypothesen. Dieselben zielen darauf hin, dafs bei der Zeugung der kräftigere Teil den Ausschlag giebt und ein dem seinigen entgegengesetztes Geschlecht hervorruft; ist also der Mann kräftiger als die Frau, so entsteht ein Mädchen und umgekehrt. Der Begriff „kräftig" ist dabei natürlich in weitestem Sinne aufzufassen. Seine 311 Fälle hat K. nach diesem Prinzip eingeteilt, und zwar 126 als gleich, 117 Fälle mit Überwiegen des Mannes und 68 mit Überwiegen der Frau. Bei der ersten Gruppe war die Verteilung von männlichen und weiblichen Kindern fast gleich; bei der zweiten ergaben sich 25 % Knaben und 75 % Mädchen, bei der dritten 93 % männliche und 7 % weibliche Nachkommenschaft. Dementsprechend mufs die Lebensweise, falls männliche Kinder gewünscht werden, auf Stärkung der Frau und Verminderung der Kraft des Mannes abzielen.

Philippi-Nieheim.

Mitteilungen über den Stand der Merkurialkrankheit in den Spiegelbelegen zu Fürth, von Wollner. (*Münch. med. Woch.*, 1892, No. 30.) Verfasser konstatiert, dafs seit $1^1/_2$ Jahren unter den Arbeitern in der Spiegelindustrie kein Fall von Merkurialismus vorgekommen sei; dabei sind jetzt meist Arbeiter thätig, die schon seit Jahren in dem Geschäft sind; der Grund liegt in den besseren Erwerbsverhältnissen, die eine bessere Ernährung bei kürzerer Arbeitszeit gestatten. Die im Sommer gröfsere Verdunstung des Hg führt nicht zur Erkrankung, da im Winter in den letzten Jahren bedeutend mehr an Merkurialismus litten, ebensowenig die mangelnde Ventilation im Winter, denn die Fenster werden nie geschlossen; die nicht so fern liegenden Gründe will Verfasser später mitteilen. Vorläufig protestiert er gegen Neuerungen der Aufsichtsbehörde, die dem Arbeitgeber Kosten verursachen und so den Verdienst drücken, wie Verlegen der Belege nach Norden und künstliche Ventilation.

F. Hahn-Bremen.

Die Taubenzecke als Parasit des Menschen, von K. Alt. (*Münch. med. Woch.*, 1892, No. 30.) Schon im Anfang unseres Jahrhunderts wurden von Reisenden Ver-

giftungen nach Bifs einer in Persien vorkommenden Zecke beschrieben. Der deutsche Vetter dieses Tieres, die Taubenzecke, Argus reflexus, entwickelt gelegentlich ähnliche Bösartigkeit.

Aufser von anderen beobachteten Fällen teilt Verfasser eine eigene Erfahrung mit: ein kräftiger gesunder Herr wurde zum fünften Male nach dem Bifs eines Tieres von einer allgemeinen roseartigen Schwellung der Haut befallen, die Augenlider waren bis zur Unförmlichkeit geschwollen, gleichzeitig bestand Atemnot, Herzklopfen, Benommenheit; nach etwa einer Stunde besserte sich der Zustand unter profuser Schweifssekretion, um sich nach 10—15 Stunden allmählich zu verlieren. Patient war „etwas nervös", es bestand Urticaria factitia; Insektenstiche rufen im übrigen nur starke Quaddeln hervor.

Der Attentäter erwies sich als Taubenzecke, die in einem vermauerten Taubenschlag sich fanden.

Bei Verfasser und mehreren anderen rief der Bifs keine besonderen Erscheinungen hervor, bei einem Manne mit Urticaria ein allgemeines Erythem.

In dem zerriebenen Extrakt der Tiere liefsen sich keine Alkaloide nachweisen; er gab aber dem Kreuzottergift analoge Reaktionen mit Phosphorwolfram- und Molybdänsäure (Toxalbumine).

Die Therapie hat vor allem prophylaktisch der oft gefährlichen Vergiftung vorzubeugen; vermauerte Taubenschläge müssen gereinigt, event. neu bevölkert werden, da das Tier seine naturgemäfse Nahrung vorzieht. Während des Anfalles: Opium, Bromkalium. *F. Hahn-Bremen.*

Über das falsche Lymphextravasat, von A. Paltauf. (*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 33.) Das von Gussenbauer beschriebene „Lymphextravasat" entsteht an Stellen mit grofsen Lymphgefäfsen (Oberschenkel, Unterschenkel, untere Bauchgegend etc.) besonders nach tangentialen Verletzungen zwischen Haut und Fascie, selten im Bereiche der Muskeln; es ist durch successives Entstehen und Wachstum, serösen, gelblichen, wässrigen, nicht gerinnenden Inhalt gekennzeichnet, der durch Beimengung von Blut allerdings eine rötliche Farbe annehmen kann. Anders ist es mit den von gerichtsärztlicher Seite beschriebenen sogenannten Lymphorrhagien, die centrale Blutergüsse umgeben, durch Stich und Stofs entstehen. Nach Verfassers Untersuchungsergebnissen sind letztere von den eigentlichen Lymphextravasaten ganz verschieden, vielmehr stellt die seröse Infiltration in der Umgebung der Blutgerinnsel nur die Folge der Blutgerinnung dar und kann in gleicher Weise am Lebenden wie an der Leiche durch die Koagulation gerinnungsfähigen Blutes bewirkt werden. Es ist also nur eine ödematöse Durchtränkung, die sehr häufig ist und nicht als Beweis einer vitalen Reaktion gelten kann. Im Gegenteil kann das Fehlen dieser Infiltration in der Umgebung von Blutgerinnseln vielleicht eine Fortsetzung des Lebens nach dem Trauma voraussetzen lassen, da dann eine Resorption stattgefunden haben mufs.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Wimperbildung, von J. Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde.* Mai 1892. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 67.) Verfasser hat, um dem plastisch gebildeten Lide Wimpern zu geben, den untern Schnitt des dazu verwendeten Stirnlappens mitten durch die Braue geführt, so dafs die Haare derselben später die Stelle der Wimpern einnehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 2. 15. Januar 1893.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Die bisher bekannten neun Favusarten.

Von

Dr. Neebe und Dr. Unna.

(Schluſs.)

4. Achorion dikroon.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach acht bis zehn Tagen ist erst das Wachstum des Pilzes zu konstatieren durch Ausstrahlungen eines Randmycels. Die Kultur entwickelt sich auf der Oberfläche der Gelatine und erreicht nach drei Wochen eine Ausdehnung von 8 mm Länge und 4 mm Breite; die Oberfläche weiſslich bestäubt. Die Gelatine in der nächsten Umgebung des Rasens verflüssigt und leicht gelblich verfärbt. Die Unterfläche der auf der verflüssigten Gelatine schwimmenden Pilzdecke ist gelblich-weiſs. Von der Unterfläche des Rasens tauchen 2 mm lange dichte Mycelfäden in die Gelatine ein. Nach sechs Wochen ist fast die ganze Gelatine verflüssigt und hellgelb verfärbt. Die auf der Gelatine schwimmende weiſsliche bestäubte Pilzdecke ist faltig. Von der Peripherie der Pilzdecke hat sich eine 2 bis 3 mm breite Zone nach der Unterfläche zu umgekrempelt, diese taucht deshalb 1 bis 2 mm weit in die Gelatine hinein.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Der Beginn des Wachstums ist erst nach mehreren Tagen zu beobachten. Auch die Entwickelung der einzelnen Herde geht stets langsam vor sich. Niemals kommt es im Verlaufe des Impfstriches zur Entwickelung eines zusammenhängenden Rasens, sondern es bilden sich immer zahlreiche, zerstreute Herde, welche höchstens Erbsengröſse erreichen, mit centralem dickem, grau-weiſsem luftmycellosem Polster und schmalem, 2 bis 2½ mm breitem weiſs bestäubtem Randsaum. In den Nährboden wächst der Pilz ebenfalls langsam hinein mittelst eines strahligen Mycels. Der Durchmesser der Ausbreitung des Nährbodenpilzes überragt an Breite den des Oberflächenpilzes. Die

Unterfläche der einzelnen Herde ist im Centrum ziemlich dunkel gelbbräunlich. Erst nach 2½ bis 4 Wochen hat der Nährbodenpilz die Agarschicht 4 bis 5 mm tief durchsetzt.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Der Pilz entwickelt sich auf Kartoffel nur schlecht und dann nur spärlich. Von den sieben Impfungen von frischen und älteren Kulturen entnommenem Pilzmaterial zeigte sich nur zweimal ein positives Impfresultat. Erst nach neun Tagen ist überhaupt ein Wachstum des Pilzes auf der Kartoffeloberfläche zu konstatieren. Nach 18 Tagen haben sich zahlreiche kleinste, höchstens bis stecknadelkopfgroſse, etwas über der Oberfläche der Kartoffel prominierende Herde gebildet, welche genau den Farbenton der Kartoffel annehmen. Absolut keine Entwickelung von Luftmycel.

Blutserumkulturen bei 37° C. Am vierten Tage treten im Laufe des Impfstriches zahlreiche kleinste Herde auf, deren Centrum, knopfförmig erhaben, etwas den Nährboden überragen. Die zahlreichen einzelnen Herde bleiben isoliert, zeigen keinerlei Tendenz zur Konfluenz. Die Kolonien entwickeln sich in den nächsten Tagen etwas weiter und erreichen einen Durchmesser von 1½ bis 2 mm. Das über den Nährboden hervorragende Centrum jeder der zahlreichen Kolonien ist graugelb bis grauweiſs. Zur Entwickelung eines Luftmycels kommt es nicht. Das stecknadelkopfgroſse Centrum ist von einer ½ bis 1 mm breiten Randzone umgeben. Im Nährboden bleiben die einzelnen Kolonien ebenfalls sehr scharf begrenzt und wachsen etwa 1½ mm in denselben hinein mit einem strahlig angeordneten Mycel. Das Blutserum wird nach zwei bis drei Wochen stark verflüssigt, aber nicht verfärbt. Nach zwei bis drei Wochen haben die einzelnen Herde wohl etwas an Gröſse zugenommen, im ganzen aber behalten sie die beschriebenen Charaktere bei.

JUN 5 1907

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen keimt aus der 10 bis 12 μ groſsen, rundlichen, ovalen Spore ein 5 bis 4 μ breites Mycel aus. Das sich verästelnde Mycel ist meist 4 bis 5 μ breit, deutlich septiert. Einzelne Hyphenzellen können anschwellen bis zu 20 bis 30 μ groſsen ovalen Gebilden mit feinkörnigem, ungefärbtem Inhalt. Diese Anschwellung der Hyphenzellen hat nichts Gemeinsames mit der Blasenbildung bei Achorion cysticum etc., sondern ist ein bei Trichophyton und bei Schimmelpilzen häufig zu beobachtendes Vorkommnis. Die Seitenäste teilen sich sehr oft gabelig 2—15—20 mal, so daſs einfache Gabelungen entstehen oder auch geweihähnliche Bildungen. Diese geweihähnlichen Mycelgabelungen treten oft in der Peripherie der Kulturen in groſser Massenhaftigkeit auf. In sechs bis acht Tage alten Kulturen treten in dem Mycelverlauf kurzgliedrige Septierungen auf; die einzelnen Zellen bilden sich um zu rundlichen, ovalen, 10,8 μ breiten und 13,5 μ langen Früchten. Dies geschieht in

sehr regelmäfsiger Weise an den Hauptästen, sowie an den einfach gabeligen und geweihähnlichen Nebenästen, so dafs wir vielfach sich verzweigende, rosenkranzförmig aneinandergereihte Sporenketten vor uns haben. Öfters tritt die Fruchtbildung auf, bevor es zur Entwickelung der Gabelungen des Mycels kommt; in diesen Fällen fehlen die Gabelungen und geweihähnlichen Mycelverzweigungen.

Der Rasen der Kartoffelkulturen besteht aus 12 bis 15 μ grofsen, rundlichen, ovalen, stark glänzenden, mit feinkörnigem, aber durchsichtigem Inhalt versehenen Zellen. Zwischen diesen die Hauptmasse des Rasens bildenden Zellen Mycel 3 bis 5,4 μ breit, deutlich septiert; im Verlaufe des Mycels zuweilen auch endständige, 14 bis 18 μ Mycelanschwellungen, aber nur in geringer Anzahl. Nach vier Wochen sind die Zellen zu feinkörnigen Massen zerfallen, die Zellenkonturen undeutlich, zum Teil fehlend. Zwischen den zerfallenen Zellen noch wohlerhaltenes Mycel verlaufend. Gebilde, welche als Früchte angesprochen werden könnten, nirgends vorhanden.

In Blutserumkulturen gehen von den 5,4 μ dicken, deutlich septierten Hauptästen in sehr kurzen Abständen spitzwinkelig Seitenäste ab, welche nach kurzem Verlauf, meist schon nach Bildung von ein bis zwei Zellen, sich gabelig teilen. Die Haupt- und Seitenäste, ebenso wie die gabeligen Enden zeigen schon am dritten oder vierten Tage eine sehr kurzgliedrige Septierung. Die so entstandenen Zellen schwellen zu ovalen, rundlichen, 5,4 bis 8,1 μ grofsen, einfach konturierten Früchten an. Infolge dieser reichlichen Fruchtbildung gewähren die Herde mikroskopisch einen höchst charakteristischen und eigenartigen Anblick: die gleichsam an Haupt- und Nebenästchen aufgereihten Früchte haben grofse Ähnlichkeit mit der warzentragenden Sternkoralle (Madrepora verrucosa).

5. Achorion akromegalicum.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach acht bis zwölf Tagen beginnt die Mycelausstrahlung vom Rande des Impfpartikelchens. Nach 18 Tagen ist die Gelatine 1 cm hoch verflüssigt. Auf dem Boden der verflüssigten Gelatine liegen mehrere pfefferkorngrofse Herde. Nach 30 Tagen ist die Gelatine 15 mm hoch verflüssigt, aber nicht verfärbt. Die einzelnen Pilzherde haben etwas an Gröfse zugenommen. Das Centrum der einzelnen Herde etwa stecknadelkopfgrofs gelblich; das Centrum umgeben von einem lockeren, farblosen Mycelgeflecht. Nach sechs Wochen ist die ganze Gelatine verflüssigt. Eine Verfärbung derselben ist nicht zu konstatieren.

2 bis 4% Agarkulturen bei 37°. Schon am zweiten Tage entstehen im Laufe des Impfstriches kleinste weifse halbkugelig, über den

Nährboden sich erhebende Kolonien. In den nächsten Tagen vergrößern sich die einzelnen Herde nur langsam, zeigen keine Tendenz, zu konfluieren, und erreichen nach acht Tagen Pfefferkorn- bis Linsengröße. Die Vergrößerung der einzelnen Herde findet in der Weise statt, daß von der Peripherie des centralen schneeweißen Polsters aus radiär angeordnet farbloses Mycel ausstrahlt. Diese Ausstrahlung beträgt täglich etwa $^1/_2$ bis 1 mm; es entsteht also stets ein sehr schmaler Randsaum. Die einzelnen Kolonien bilden halbkugelige, über den Nährboden sich erhebende, rundliche oder ovale, mit schneeweißem, kurzem, dichtem Luftmycel bedeckte Rasen. Unterfläche gelb. Das Wachstum des Pilzes in den Nährboden ist stets ein scharf abgesetztes und langsames; höchstens kommt es bei mehrere Wochen alten Kulturen vor, daß Mycelverzweigungen in mehr diffuser Weise den Nährboden durchsetzen. Dieses Scharfabgesetztsein des Pilzes im Nährboden erklärt sich mikroskopisch dadurch, daß die dicht gelagerten Mycelausläufer kolbig angeschwollen vordringen oder auch distalwärts die bekannten, gewöhnlichen Verästelungen bilden. Die für diesen Pilz beschriebenen charakteristischen Wachstumsverhältnisse fanden sich stets in großer Regelmäßigkeit bei allen angelegten Kulturen vor.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Am zweiten bis dritten Tage treten zahlreiche kleinste und größere, runde halbkugelig über den Nährboden sich erhebende, scharf abgesetzte, mit grau-weißem Mycel besetzte Herde auf. Am vierten Tage nehmen die einzelnen Herde an Größe zu, verschmelzen miteinander und bilden eine zusammenhängende, fast die ganze Oberfläche der Kartoffel bedeckende Pilzdecke. Die Farbe des Rasens ist stets ein blendendes Weiß. Diese weiße Farbe wird bedingt durch das kurze, aber sehr dichte Luftmycel. Die Oberfläche sieht glatt und glänzend aus und erinnert sehr an einen weißen Zuckerguß. In einigen Kulturen war die Entwickelung des Luftmycels eine spärlichere, die Oberfläche verlor deshalb den schneeweißen Farbenton und nahm eine Beschaffenheit an, welche ähnlich war der von Achorion demergens. In älteren Kulturen war die weiße Farbe nicht mehr so charakteristisch, vielmehr nahm die Oberfläche einen mehr schmutzig-gelblichen Farbenton an. Die blendend weiße, an Zuckerguß erinnernde Farbennuance halten wir in den ersten Tagen für charakteristisch, weil wir dieselbe niemals bei den anderen Achorionarten in so schöner Weise wahrgenommen haben.

Blutserumkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen ist das Wachstum des Pilzes im Verlaufe des ganzen Impfstriches wahrnehmbar. Nach vier Tagen bildet der Oberflächenrasen etwas über den Nährboden erhabene, luftmycellose, grau-weißliche, geleeartige, unregelmäßige Herde mit 3 mm breitem Randsaum auf der Oberfläche des Nährbodens. Nach

acht Tagen hat der Oberflächenrasen eine Breite von 6 mm erreicht. Das Wachstum in den Nährboden strahlig, aber scharf abgesetzt, nicht so diffus und rasch, wie etwa bei Achorion euthythrix. Blutserum etwas verflüssigt. Nach mehreren Wochen bleibt der Oberflächenrasen genau wie am achten Tage. In den Nährboden wächst der Pilz etwas tiefer hinein, so dafs das scharf im Nährboden sich absetzende Wachstum nicht mehr so deutlich erkennbar ist.

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen keimt aus einer 10,8 μ grofsen Zelle (Spore?) ein 2,5 μ breites, reichlich sich verästelndes, geschlängelt verlaufendes Mycel aus. Hie und da kommt es zur Bildung von Seitenästchen, welche kolbig endigen. Die kolbigen Enden schwellen zu kleineren, 2,7 μ grofsen bis 30 μ Blasen an. Die kleinen Blasen enthalten homogenen, die gröfseren einen gelben feinkörnigen Inhalt. In den verschiedensten Stadien der Entwickelung tritt aus einem Rifs an der Kapsel der Inhalt heraus und liegt als mehr homogene durchsichtige oder gelbe Masse neben der meist zusammenschrumpfenden Blase. Diese Blasenbildung kommt auch wand- und mittelständig vor. Es ist aber für diesen Pilz charakteristisch, dafs diese Blasenbildung nicht bei allen Züchtungsversuchen erhalten werden konnte. Am dritten oder vierten Tage kommt es zur Bildung von Seitenästchen, welche in 2—12—20fache Gabelungen sich teilen (sog. kronleuchter- oder geweihähnliche Gebilde). Diese Bildungen traten stets in allen Kulturen regelmäfsig und in sehr grofser Zahl auf.

Die aus einer Spore gezüchteten Pilzrasen erreichen nach acht Tagen eine Gröfse von 2—5 mm.

Der Rasen der Kartoffelkulturen besteht aus rundlichen, ovalen Zellen von 2—3—15—18 μ Gröfse und darüber. Konturen der Zellen undeutlich. Zwischen den Zellen zartes Mycel verlaufend.

In Blutserumkulturen kommt es nur zur Bildung eines geschlängelt verlaufenden Mycels, ohne Blasen oder Endgabelungen. Mycel deutlich septiert. Eine Fruchtbildung ist auch in diesem Nährboden nirgends wahrnehmbar. Etwa vom zehnten Tage an treten in dem Mycel blasige Degenerationsformen auf.

6. Achorion demergens.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach acht bis zwölf Tagen die beginnende Mycelentwickelung bemerkbar. Nach 18 Tagen ist die Gelatine bereits 8 mm hoch verflüssigt. Auf dem Boden der verflüssigten und nicht verfärbten Gelatine ein pfefferkorngrofser Pilzrasen liegend, mit gelblich-weifsem, dichterem Centrum. Nach 30 Tagen ist die Gelatine 15 mm hoch verflüssigt. Der Pilzrasen

linsengrofs. Nach sechs Wochen ist die ganze Gelatine verflüssigt. Auf dem Boden des Impfröhrchens liegen mehrere linsengrofse Herde. Eine Verfärbung der Gelatine findet nicht statt.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Von dem Impfpartikelchen beginnt am zweiten Tage das Mycelwachstum. Es entwickelt sich in den nächsten Tagen ein grau-weifses, halbkugelig über dem Nährboden erhabenes, hie und da aber auch ein mehr bröckeliges, grau-gelbes, luftmycelloses, centrales Polster, welches nach acht Tagen etwa Linsengröfse erreicht. Von diesem Centrum strahlt, schon am dritten Tage beginnend, ein fast immer radiär angeordnetes farbloses Mycel auf die Oberfläche des Nährbodens aus. Diese Ausläufer erreichen nach acht Tagen fast die Wände des Reagenzglases. Diese Randzone kann öfters an den dem centralen Polster zunächstgelegenen Teilen mit kurzem, aber dichtem, weifsem Luftmycel bedeckt sein; zu einem eigentlichen Zonenwachstum, wie wir es bei Achorion radians beobachtet haben, kommt es aber niemals. Das Tiefenwachstum beginnt bereits am zweiten Tage; meistens bilden sich dicht zusammenlagernde und fast senkrecht absteigende Hyphen; niemals zeigen die Bodenhyphen die Tendenz, einen so exquisiten horizontalen Verlauf anzunehmen, wie wir es für Achorion cysticum charakteristisch beschreiben werden. Infolge dieses fast senkrechten Hinabwachsens ist die Differenz des Durchmessers der Ausbreitung auf der Oberfläche und im Nährboden nur eine geringe. In einigen Kulturen nahm die Ausstrahlung einen moosartigen Charakter an. In einigen Kulturen war das senkrechte Hinabwachsen nicht sehr ausgesprochen.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen sehr zahlreiche kleinste bis stecknadelkopfgrofse, grau-weifslich isolierte Herdchen, die Oberfläche der Kartoffel bedeckend. Am vierten Tage ist die ganze Oberfläche der Kartoffel bedeckt mit einer zusammenhängenden Pilzdecke, welche aus stecknadelkopf- bis pfefferkorngrofsen Rasenkolonien zusammengeflossen ist. Das Luftmycel kann ganz fehlen; der Rasen von grünlich-grau-weifser Farbe erinnert dann an rohes Marzipan; ist die Entwickelung eines Luftmycels eine stärkere, so erscheint der Rasen mehr weifslich; hie und da das Luftmycel grobfaserig; der Rasen erinnert dann an Achorion radians, obwohl die Faltung der Oberfläche wegen der im ganzen kleinen Herdbildungen nicht eine so grobe zu sein pflegt. Wir können deshalb nicht behaupten, dafs der Rasen dieses Pilzes auf Kartoffel charakteristische und stets wiederzuerkennende Merkmale bietet, obwohl öfters die an rohes Marzipan erinnernde Farbennuance in den ersten Tagen ein gutes Kriterium abzugeben schien.

Blutserumkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen ist im Verlaufe des Impfstriches eine allseitige herdweise Entwickelung des Pilzes zu konstatieren. Nach vier Tagen bildet der Oberflächenrasen über den

Nährboden erhabene, 2—3 mm breite, unregelmäfsig geformte, luftmycellose grau-gelbliche, geleeartige Massen mit 2 mm breiter, auf der Oberfläche des Nährbodens sich ausbreitender Randzone. Das Nährbodenmycel hat eine Tiefe von 2—3 mm erreicht und ist strahlig angeordnet. Nach acht Tagen hat der Oberflächenrasen an Breite zugenommen; absolut kein Luftmycel. Die Ausstrahlungen des Nährbodenmycels sind sehr dicht und mehr senkrecht nach abwärts verlaufend. Die Ausläufer haben noch nicht den Boden des Blutserums erreicht. Blutserum etwas verflüssigt. Nach zwölf Tagen ist das Blutserum sehr stark verflüssigt, aber nicht verfärbt. Weitere Veränderungen in dem Wachstum des Pilzes sind nicht bemerkbar.

b) Mikroskopisch.

Dieser Pilz entwickelt in Agarkulturen sich ebenfalls aus einer 10,8 μ grofsen Zelle (Spore?). Der Pilz hat grofse Ähnlichkeit mit Achorion cysticum. Das Mycel ist aber ein kräftigeres, meist ein 3,5—4,5 μ breites, während bei Achorion cysticum das Mycel meist 2,5 μ breit zu sein pflegt. Die end-, mittel- und wandständigen Blasen kommen auch in grofser Zahl, wenn auch nicht so frühzeitig wie bei Achorion cysticum vor, so dafs es oft erst zur Entwickelung eines Mycels kommt, bevor die Blasenbildung auftritt. Für die Bildung der geweihähnlichen Mycelverästelungen gilt dasselbe, wie für Achorion cysticum.

Die aus der Spore (?) gezüchteten Herde sind stets gröfser als diejenigen von Achorion cysticum: kleinste, aber auch gröfsere nach acht Tagen bis zu 5—8 μ grofse Kolonien; Unterfläche schmutzig-braun.

In Kartoffelkulturen wird der Rasen gebildet durch 2—3 bis 18 μ grofse und gröfsere ovale kugelige Zellen. Zwischen den Zellen nur ein zartes Mycel. Hie und da den Endblasen ähnliche Gebilde.

In Blutserumkulturen kommt es nur zur Entwickelung eines deutlich septierten, etwas geschlängelt verlaufenden, meist 2—2,5 μ breiten Mycels. Die Hauptäste etwas stärker. Fruchtbildungen waren nicht nachweisbar. Nach drei Wochen waren an dem Mycel noch keine Degenerationserscheinungen aufgetreten.

7. Achorion cysticum.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkulturen bei Zimmertemperatur. Nach acht bis zehn Tagen ist die beginnende Randausstrahlung sichtbar. Nach 18 Tagen ist die im Nährboden wachsende Pilzmasse zu einem 4 mm grofsen Herd ausgewachsen mit einer dichteren centralen Partie und einer lockereren, 1½ mm breiten Randzone. Der Rasen 1 mm unter der Oberfläche der nicht-verflüssigten Gelatine liegend.

Nach 30 Tagen ist die Gelatine 5 mm hoch trichterförmig verflüssigt. Auf dem Boden des unten engen Trichters liegt die etwa linsengrofse Kultur. Gelatine nicht verfärbt. Selbst nach acht Wochen ist die Gelatine noch nicht ganz verflüssigt. Auf dem Boden der verflüssigten Gelatine liegt die kleinkirschengrofse, aus farblos locker sich verflechtendem Mycel bestehende Pilzmasse. Gelatine absolut nie gefärbt.

2 bis 4% Agarkulturen bei 37° C. Der Beginn des Mycelwachstums bereits am zweiten Tage makroskopisch sichtbar, die Oberfläche grau-weifslich bestäubt aussehend. In den folgenden Tagen breitet sich der Pilz auf der Oberfläche in sehr dünner, grau-weifslicher Lage aus, oder aber es entwickelt sich ein flaches, weifsliches Polster mit spärlichem Luftmycel, oder es kommt zur Bildung eines unregelmäfsig gestalteten grau-gelblichen, bröckeligen, luftmycellosen Polsters. Von der Peripherie des centralen Polsters strahlt ein mehr geschlängelt verlaufendes, nur selten radiär angeordnetes, farbloses Mycel auf die Oberfläche des Nährbodens aus. Nach acht Tagen erreicht das Polster Linsengröfse; der Durchmesser der ganzen Oberflächenkolonie 10—12 mm. Die Unterfläche des Pilzes ist gelblich. Vom dritten bis vierten Tage an findet ein sehr energisches Tiefenwachstum statt. Das Tiefenwachstum ist nicht bei allen Kulturen konstant; bei vielen Kulturen hatte dasselbe einen exquisit moosartigen Charakter, bei anderen strahlte das Mycel in mehr diffuser Weise in den Nährboden aus, und dann stets mit der Tendenz, dafs die Ausläufer vom Centrum aus einen mehr horizontalen Verlauf einhielten. Die Ausbreitung im Nährboden übertraf deshalb diejenige auf der Oberfläche erheblich.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Nach zwei bis drei Tagen erscheinen kleinste graue Kolonien; am vierten Tage ist die Kartoffeloberfläche bedeckt mit stecknadelkopfgrofsem und gröfserem, unregelmäfsig geformtem, 1½ mm über dem Nährboden erhabenem, zum Teil zusammengeflossenem schneeweifsen Rasen. Die schneeweifse Form bedingt durch kurzes, aber dichtes, weifses Luftmycel; der Rasen macht den Eindruck eines weifsen Plüsches. Vom fünften bis sechsten Tage ist die ganze Oberfläche bedeckt mit einem weifsen, grob gefalteten, 2 mm hohen, eine zusammenhängende Decke bildenden Rasen. Bei einzelnen Kulturen ist die weifse Farbe des Rasens nicht so ausgesprochen, wenn das Luftmycel ein spärlicheres ist. Der Rasen nimmt dann einen mehr grauweifslichen Farbenton an; diese Farbennuance auch bei älteren Kulturen vorherrschend, wenn das Mycel seine weifse Eigenfarbe einbüfst.

Blutserumkulturen bei 37° C. Im Verlaufe des Impfstriches ist am zweiten Tage die Pilzentwickelung zu beobachten. Nach vier Tagen hat sich längs des Impfstriches ein luftmycelloser, 2 mm breiter, etwas den Nährboden überragender Oberflächenrasen gebildet, von welchem

eine 4 mm breite Randzone sich auf der Oberfläche des Nährbodens ausbreitet. In den Nährboden verbreitet sich der Pilz sehr rasch dichtstrahlig; die Strahlen nehmen einen mehr horizontalen Verlauf an und erreichen schon nach sechs bis acht Tagen die gegenüberliegenden Wandungen des Glases. Nach acht Tagen ist die Oberfläche des Rasens mit weifsem, kurzem Mycel bedeckt, so dafs dieselbe weifslich bestäubt aussieht. Blutserum nur wenig verflüssigt. Verflüssigung des Blutserums tritt erst nach 18 Tagen ein. In dem Wachstum des Pilzes wird nach dem achten Tage keine Veränderung mehr beobachtet.

b) Mikroskopisch.

Aus einer 10,8 μ grofsen Zelle (Spore?) keimt in Agarkulturen ein 4,0 μ breites Mycel. Nach Bildung mehrerer Hyphenzellen treten kleine, spitzwinkelig verlaufende Seitenäste mit kolbigen Enden auf; die Endkolben schwellen am zweiten Tage zu Endblasen auf, welche die verschiedensten Gröfsen erreichen, von 2,7 bis zu 30 μ. Inhalt der kleineren Blasen gleichmäfsig durchsichtig, der der gröfseren gelb, feingekörnte Massen aufweisend. In den verschiedensten Entwickelungsstadien platzen diese Blasen und entleeren ihren homogenen, resp. gelben Inhalt. Die gelben Massen lagern sich neben die meist zusammenschrumpfende Blase. Wandständig und auch im Verlaufe des Mycels treten die gleichen Bildungen auf. Das Mycel ist durchschnittlich 2,5 μ breit, reichlich verästelt und geschlängelt verlaufend. Die end-, mittel- und wandständige Blasenbildung tritt in so enormer Menge und so frühzeitig, wie bei keinem der anderen Pilze, auf. Am sechsten bis achten Tage, oft erst in späteren Tagen, in einigen Fällen auch fehlend, entspringen mehr an peripheren Ästchen spitzwinkelig kleine Seitenästchen, welche sich bald 2—10—20fach gabelig teilen, wodurch kronleuchter- und geweihähnliche Gebilde entstehen. Nach vollendeter Kronleuchterbildung entwickeln sich die Enden der Gabelung zu einem einfachen, langen, septierten oder auch mit Seitenästchen versehenen Mycel.

Die von der Spore (?) aus gezüchteten Herde sind meist klein, erreichen fast niemals einen Durchmesser von 2 mm. Unterfläche meist hellgelblich.

In Kartoffelkulturen ist der ganze Rasen zusammengesetzt aus kugeligen Zellen der verschiedensten Gröfsen, von 2—3 μ bis zu 15—18 μ und darüber. Die Konturen der Zellen nicht scharf. Zwischen diesen Zellen sieht man auch Gebilde mit feinkörnigem, gelbem Inhalt, welche mit den Endblasen auf Agarkulturen identisch sind. Zwischen diesen Zellen zartes, 2,5 μ breites, deutlich septiertes Mycel. Nach vier Wochen sind die Konturen der Zellen noch undeutlicher.

In Blutserumkulturen entwickelt sich etwas geschlängelt verlaufendes Mycel von 2,7 μ Dicke. An den Hyphen der sogenannten

Minimalkulturen (kleinsten, aus einer Spore sich entwickelnden Herde) sieht man an Haupt- und Nebenästen in grofser Anzahl ovale, kugelige, homogene, 8 μ grofse, ohne Stiel den Hyphen ansitzende Zellen, welche wir wohl als Früchte anzusprechen berechtigt sind. Sie gleichen in Form und Anordnung den bei Achorion euthythrix auf Agarkulturen beschriebenen Luftfrüchten. Diese Fruchtbildungen beobachtet man vom dritten bis sechsten Tage. Vom sechsten Tage an schwellen die Hyphenzellen einzeln, oft aber streckweise hintereinander zu ovalen und kugeligen Gebilden an, so dafs man im Zweifel ist, ob man es mit Bildungen, ähnlich den rosenkranzförmigen Früchten zu thun hat. Ein genaueres Studium, besonders in den späteren Tagen, klärt uns auf, denn durch ihre unregelmäfsigen Formen geben sie sich als einfache Degenerationszustände der Hyphenzellen zu erkennen.

8. Achorion moniliforme.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkultur bei Zimmertemperatur. Nach zwei Tagen beginnt von dem Impfbröckelchen aus ein zartes Mycel auszustrahlen. In den ersten Wochen nur Tiefenwachstum; nach acht Tagen ist der Rasen 3 mm grofs; in den Nährboden findet eine dichte Mycelausstrahlung statt, welche $1^1/_2$ mm eintaucht. Nach drei Wochen hat der Pilz eine Ausdehnung von 9 mm Gröfse erreicht; das Tiefenwachstum $3^1/_2$ mm; die Oberfläche des Rasens ist in einigen Kulturen weifslich bestäubt, in einigen kommt es absolut nicht zu irgend welcher Mycelentwickelung auf der Oberfläche. Die Ausstrahlungen nahmen nicht den von KRAL beschriebenen charakteristischen, moosartigen Charakter an, auch bildete der Oberflächenrasen nicht die auf Agarkulturen beobachteten grau-gelblichen Faltungen. Nach vier Wochen beginnt die Verflüssigung der Gelatine. Nach sechs Wochen ist fast die ganze Gelatine verflüssigt und hell-chromgelb verfärbt; auf dem Boden der verflüssigten Gelatine schwimmt der unregelmäfsig gefaltete Pilzrasen.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen beginnt die Pilzentwickelung mit einer dichten Ausstrahlung des Mycels in den Nährboden. Auf der Oberfläche bildet der Pilz in den nächsten Tagen eine grau-gelbes, oft feucht glänzendes, luftmycelloses, manchmal auch durch spärliches Mycel grau-weifs bestäubtes, meist flaches, in einigen Fällen sich in unregelmäfsigen Faltungen über den Nährboden erhebendes Centrum, von welchem oft peripherisch eine 4 mm breite, schmale Randzone farblosen Mycels ausstrahlt. In den Nährboden wächst der Pilz etwas rascher, als Achorion dikroon, bedeutend langsamer, als alle übrigen Favuspilze, selbst langsamer, als der ihm sehr ähnliche Achorion tarsiferon; der in den ersten Tagen 3 mm tief in den Nährboden hineingewachsene Pilz ent-

sendet etwa vom achten Tage an moosartige Fortsätze, welche nach zehn bis vierzehn Tagen die gegenüberliegenden Wandungen des Röhrchens erreichen. Diese moosartigen Emissionen kommen sehr oft zur Ausbildung, aber nicht immer; in einigen Kulturen bleibt das Wachstum, so wie es nach acht Tagen zu sein pflegt, d. h. der Pilz bleibt im Nährboden scharf abgesetzt, 3—4 mm in den Nährboden eintauchend; in anderen Kulturen entwickelt sich von der Unterfläche des Pilzrasens ein nach allen Seiten sich ausbreitendes, strahlig angeordnetes Mycel ohne jegliche Andeutung der nach KRAL charakteristischen und niemals fehlenden moosartigen Ausläufer. Bei den Kulturen, bei welchen das Tiefenwachstum am beschränktesten bleibt, entwickelt sich der mycellose Oberflächenrasen zu hohen unregelmäfsigen, grau-gelben Faltungen.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Nach zwei Tagen haben sich zahlreiche kleinste (einzelne pfefferkorngrofse), grau-weifsliche Herde gebildet. Nach neun Tagen sind die Kolonien zusammengeflossen zu einem unregelmäfsig geformten, 2—3 μ hohen, senkrecht emporsteigenden grau-gelben Rasen. Nur einzelne Teile des Rasens sind mit zartem weifsem, kurzem Mycel bedeckt. Nach 18 Tagen sind die charakteristischen, unregelmäfsig gefalteten, grau-gelben Rasen noch weiter entwickelt; stellenweise erreichen die Faltungen eine Höhe von 5 mm. Das Höhenwachstum nimmt in älteren Kulturen noch zu. Diese charakteristische Rasenbildung fand sich auf allen angelegten Kulturen.

Blutserumkulturen bei 37° C. Nach 24 Stunden ist vom Impfstriche aus Mycelausstrahlung sichtbar. Nach fünf Tagen ist an der Oberfläche ein unregelmäfsiger konvexer, grau-gelber, luftmycelloser Rasen entstanden. Von demselben strahlt auf die Oberfläche des Nährbodens eine radiär angeordnete, aus farblosem Mycel bestehende Randzone aus. In dem Nährboden hat sich der Pilz 2 mm tief entwickelt. Blutserum nicht verfärbt, nicht verflüssigt. Nach acht Tagen hat sich der Oberflächenrasen etwas vergröfsert; in den Nährboden hat ein energisches Tiefenwachstum stattgefunden. Die Peripherie des Nährbodenrasens hat moosartigen Charakter angenommen. Eine weitere Entwickelung findet nicht statt. Nur ist nach 14 Tagen eine geringe Verflüssigung wahrnehmbar.

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen keimt die ausgesäte Spore nach vier Stunden aus und treibt in zwölf Stunden einen Keimschlauch. Nach zwei Tagen ist aus dem Keim ein vollkommenes, deutlich septiertes, recht- und spitzwinkelig sich verzweigendes Mycel entstanden; die von den Haupthyphen abgehenden Seitenhyphen zeigen nach drei Tagen kolbige Endanschwellungen und gabelige Enden. Die kolbigen Enden schwellen zu rundlichen ovalen Blasen an und lassen einen feinkörnigen gelben Inhalt erkennen. Diese

gelben Massen treten sehr oft aus und bleiben neben der Blase liegen. Die Enden schwellen aber nicht immer zu Blasen an; oft bilden sich die gelben Massen auch in den kolbigen Endanschwellungen und entleeren ihren Inhalt aus diesen. Am dritten und vierten Tage ist die Bildung dieser kolbigen Endschwellungen, resp. Endblasen mit gelber Masse eine sehr reichliche. Aber nicht nur endständig, sondern auch im Verlauf des Mycels kann eine Hyphenzelle kugelig anschwellen und dieselben gelben Massen enthalten und entleeren. Öfters kommt es auch nur zu einer Ausstülpung einer Wand einer Hyphenzelle, in welchem dann ebenfalls diese gelben Massen sich befinden. Die einfachen gabeligen Enden teilen sich oft in 10—12 bis 20 Gabelungen; es entstehen dann geweihähnliche Gebilde. Vom fünften Tage an beginnt an zahlreichen Mycelhyphen eine kurzgliedrige Septierung aufzutreten. Die einzellen Zellen formen sich um zu rundlich ovalen, doppelt konturierten Früchten; es entstehen zahlreiche, rosenkranzförmig aneinandergereihte und sich vielfach verzweigende Ketten von Früchten. Sobald die Fruchtbildung beginnt, tritt die Bildung von Endanschwellungen und Endblasen mehr in den Hintergrund.

In Kartoffelkulturen besteht der ganze Rasen aus 12—14 μ, meist 12,5—13,0 μ grofsen, doppelt konturierten Zellen mit gelbem Inhalt. Diese Zellen sind meist rosenkranzförmig aneinandergereiht und gleichen den rosenkranzförmigen Früchten auf Agarkulturen, nur sind diese Bildungen etwas gröfser. An den Randpartien sieht man ebenfalls aneinandergereihte, 2,5—3,0 μ rundliche Gebilde, welche wir als jüngere, eben in der Bildung begriffene Früchte ansprechen möchten. Mycel nur spärlich. Nach vier Wochen waren diese Bildungen noch konstant und ebenso scharf, wie nach acht Tagen. Degenerationsvorgänge: feinkörniger Zerfall, Auftreibungen etc. waren nicht vorhanden.

In Blutserumkulturen finden sich wellig verlaufende Hyphen vor, mit meist einfachen Gabelungen. Die Enden der Hyphen abgerundet. Hie und da mittel- und endständige Blasen mit gelben Massen gefüllt, teilweise auch die gelben Massen durch einen Kapselrifs ausgetreten. Die moosartigen Ausläufer enthalten diese Bildungen in reichlichen Mengen neben gabeligen Enden und geweihähnlichen Verzweigungen. Das Vorhandensein dieser Bildungen: end- und mittelständiger Blasen, gabeliger Enden und geweihähnlicher Mycelverästelungen, bedingt makroskopisch das moosartige Aussehen. Selbst in älteren Kulturen kam es nicht zur Bildung rosenkranzförmig aneinandergereihter Früchte. Nach acht bis vierzehn Tagen traten blasige Degenerationszustände der Hyphenzellen auf, welche sich gegenüber den Früchten durch ihre wechselnde Gröfse und ihr unregelmäfsiges Auftreten im Verlauf eines Mycelfadens zu erkennen gaben.

9. Achorion tarsiferon.

a) Makroskopisch.

10% Fleischpeptongelatine. Stichkulturen bei Zimmertemperatur. Nach zwei Tagen beginnt ein eben wahrnehmbares Randmycel von dem Impfpartikelchen auszustrahlen. Nach acht Tagen hat der Pilzrasen, welcher sich im Nährboden selbst ausbreitet, eine Ausdehnung von 4 mm erreicht; die Ausstrahlung in die Tiefe der Gelatine beträgt 2 mm. Nach drei Wochen ist die Gelatine 1 cm hoch verflüssigt; nicht verfärbt; auf dem Boden der verflüssigten Gelatine schwimmt der überlinsengroſse, aus grau-weiſsem Mycel bestehende Pilzrasen. Nach sechs Wochen ist die ganze Gelatine verflüssigt und hell-chromgelb verfärbt; der auf dem Boden schwimmende Pilzrasen stellt eine unregelmäſsig gefaltete, 8 mm groſse Platte dar.

2—4% Agarkulturen bei 37° C. Bereits nach zwei Tagen ist von dem Impfpartikelchen aus das Wachstum des Pilzes auf und in den Nährboden hinein wahrzunehmen. Auf der Oberfläche kommt es in den nächsten Tagen zur Entwickelung eines dünnen, fast farblosen Überzuges; bei einigen Kulturen bildet sich ein mehr grünliches, bei anderen mehr weiſslich bestäubtes, flaches Polster aus. Die centraleren Parthien dieses Polsters 1—2 mm über dem Nährboden erhaben. Nach acht Tagen hat der Oberflächenrasen des Pilzes die Wände des Röhrchens erreicht. Eine Faltung des Rasens, wie wir dieselbe bei Achorion moniliforme beobachten konnten, besonders wenn das Tiefenwachstum ein beschränktes war, konnte bei sehr zahlreichen Kulturen dieses Pilzes niemals konstatiert werden. In den Nährboden wächst der Pilz in den ersten Tagen 2—3 mm hinein, ohne jedoch in allen Fällen so scharf abgesetzt zu sein, wie bei Achorion moniliforme. Von der Unterfläche des Rasens breitet sich der Pilz nach vier bis sechs Tagen strahlig in den Nährboden hinein aus. Das strahlige Wachstum geht sehr rasch von statten, so daſs meist schon nach acht Tagen die ganze Decke des Agars von den Hyphen durchsetzt zu sein pflegt. In einigen Kulturen war ein ausgesprochener moosartiger Charakter vorhanden, jedoch bildet diese Art des Wachstums bei diesem Pilz die Ausnahme, während dieselbe bei Achorion moniliforme eine sehr häufige ist.

Kartoffelkulturen bei 37° C. Am zweiten Tage treten auf der ganzen Oberfläche der Kartoffel zahlreiche kleinste, meist kegelförmige Herdchen auf, die Basis des Kegels von der Farbe der Kartoffel, die Spitze des Kegels weiſslich bestäubt. Am dritten Tage wurden dieselben wohl etwas gröſser, veränderten sich aber auch in den folgenden Tagen nur wenig. Die Herde blieben isoliert und zeigten keine Tendenz, zu konfluieren. Fünfmal erhielten wir bei unseren Impfungen stets dasselbe Bild. Zweimal wich die Bildung des Rasens von der beschriebenen ab:

die einzelnen Herde wurden gröfser, konfluierten und bildeten einen unregelmäfsig gefalteten, zusammenhängenden, $1^1/_2$—2 mm den Nährboden überragenden, mit spärlichem Luftmycel bedeckten, grünlich-grauen Rasen, der nach zwei bis drei Wochen einen mehr gelblichen Farbenton annahm. Der Rasen glich dem von Achorion radians, jedoch fehlte die grobe Faserung der Oberfläche. Bei allen Rasen konnte aber niemals, selbst nicht bei mehrere Monaten alten die Neigung nachgewiesen werden, die für Achorion moniliforme charakteristischen, hohen, steil abfallenden, unregelmäfsigen Faltungen zu bilden.

Blutserumkulturen bei 37° C. Nach 24 Stunden ist die beginnende Mycelausstrahlung sichtbar. Nach fünf Tagen bildet der Oberflächenrasen eine grau-gelbe, geleeartige, unregelmäfsige, sich 2—3 mm über den Nährboden erhebende Masse, von deren Rande auf die Oberfläche eine 4 mm breite, aus farblosem Mycel bestehende Zone ausstrahlt. Die Ausbreitung des Pilzes in den Nährboden bleibt strahlig, so dafs die Kultur, von der Unterfläche gesehen, einen wolkigen Charakter annimmt. Nach acht Tagen hat sich die Oberfläche noch etwas entwickelt, die Breite des geleeartigen Rasens beträgt 6—8 mm. Im Nährboden haben die strahligen Ausläufer des Mycels allseitig den Boden des Impfröhrchens erreicht. Blutserum etwas verflüssigt. Eine Weiterentwickelung tritt nicht ein.

b) Mikroskopisch.

In Agarkulturen keimt aus der 10 μ grofsen Spore ein 5,4 μ breites und sich vielfach verästelndes Mycel aus, deren periphere und Seitenäste ein etwas kleineres Kaliber zeigen. Am dritten Tage beginnt die Septierung des Mycels. Es treten an den Haupthyphen kleine Seitenästchen auf, welche kolbig enden; während die zu dem kolbigen Ende gehörende Hyphe auswächst, schwillt das kolbige Ende kugelig an und bildet endständige Blasen. Diese Endblasen sind 2—3 μ grofs, vergröfsern sich aber bis zu 30 μ grofsen Blasen. Diese verschieden grofsen Blasen sind am vierten Tage noch deutlich zu sehen. Der Inhalt der Blasen ist bei den jüngeren und kleineren homogen, bei den älteren und gröfseren fein gekörnt, exquisit gelb. Meistenteils platzt die Endblase und entleert ihren Inhalt. Die gelbe Masse liegt dann der oft, aber nicht immer zusammenklappenden Endblase seitlich an. Neben den auf langen Stielen aufsitzenden Blasen sieht man auch solche mit kurzem Stiele, oft so kurz, dafs die Blase einer Hyphe direkt anliegt; aufserdem kann auch eine Hyphenzelle im Verlaufe des Mycels zu gleich grofsen Blasen mit demselben Inhalt anschwellen, so dafs wir von einer mittelständigen Blase sprechen können. Die Blasen mit kurzem Stiel, die wandständigen und die mittelständigen Blasen können platzen und ihren Inhalt entleeren. Das Platzen der Blasen und die Entleerung ihres Inhaltes tritt bei den kleinsten wie den gröfsten Blasen auf; bei den

kleinsten ist der Inhalt noch nicht so exquisit gelb gefärbt. Diese Blasenbildungen treten am dritten und vierten Tage in ungeheuren Mengen auf. Am vierten Tage treten an denselben Ästchen, an welchen die Ästchen mit Endblasen sich bilden, aber immer mehr peripher gelegen Seitenäste auf, welche ebenfalls kolbig anschwellen. Aber das kolbige Ende bekommt auf der Höhe eine sich immer mehr vertiefende sattelförmige Einsenkung; es entstehen gabelige Enden. Dieser Prozefs der Gabelung wiederholt sich bei der Weiterentwickelung an den einzelnen Zinken der Gabel und auch an den neu entstandenen Gabelenden, so dafs die schon so oft beschriebenen kronleuchter- oder geweihähnlichen Gebilde mit 10—30 und mehr Verzweigungen entstehen. Die Enden der fertigen Kronleuchter wachsen dann zu langen Mycelästchen aus. Bei den jüngeren, meist aus zwei, auch wohl bei den aus vier und sechs Endigungen bestehenden Gabelungen kann die Endzelle sich kolbig, selbst blasig auftreiben, einen ähnlichen gelben Inhalt aufweisen, wie bei den endständigen Blasen. Die kolbige oder blasige Endzelle platzt und entleert ihren Inhalt als gelbe, feingekörnte Masse, genau wie wir dies bei den end-, wand- und mittelständigen Blasen beschrieben haben. Diese zu kronleuchter- oder geweihähnlichen führenden Mycelgabelungen werden am vierten und fünften Tage in sehr grofser Zahl angetroffen. Am sechsten bis achten Tage treten an vielen Hyphen kurzgliedrige Septierungen auf; die einzelnen Zellen schwellen zu kugelig oder ovalen, 10 μ grofsen, doppelt konturierten, mit gelbem Inhalt versehenen Früchten an. Es entstehen rosenkranzförmig aneinandergereihte und sich verzweigende Ketten von Früchten. Neben diesen Früchten kommt es aber im Nährboden zu eigentümlichen Bildungen, wie wir sie bei keinem der bisher beschriebenen Favuspilze gefunden haben. Es bilden nämlich die Hyphen im Nährboden an zahlreichen Stellen durch kurze Septierung und rasch aufeinanderfolgende Abgabe dicht gelagert bleibender Äste eigentümliche knotenförmige Fruchtstände, welche eine frappante Ähnlichkeit mit dem Skelett eines menschlichen Fufses, vom Tarsus ab gerechnet, haben; die dem Metatarsus entsprechenden, kurz septierten Zellenreihen wickeln sich auf und verschlingen sich untereinander, wodurch die Knötchenbildung bedingt wird. Bei den jüngsten Gebilden ist aber der Vergleich mit einem Tarsus ein sehr gut gewählter. Diese Bildungen sieht man in den minimalen Kulturen ebensogut, wie in den gefärbten Schnittpräparaten. Die letzteren besonders eignen sich sehr zur Demonstration dieser eigenartigen Fruchtbildungen.

In Kartoffelkulturen ist der Rasen zusammengesetzt aus rundlichen, eiförmigen, homogenen und doppelt konturierten, meist rosenkranzförmig angeordneten, 12—14 μ grofsen Früchten. Von den Hauptketten gehen Seitenketten spitzwinkelig ab, welche letztere ebenfalls mehrfach Nebenäste

aussenden. Zwischen den zahlreichen Früchten nur spärliches, zart Mycel. Die Früchte erhalten sich mehrere Wochen, ohne dafs Degen rationsprozesse an ihnen nachzuweisen wären.

In Blutserumkulturen verläuft das meist 2,7 μ breite, regelmäfs septierte Mycel geschlängelt. Die Hyphenenden kolbig verdickt, 5,4 breit. Hie und da, im ganzen jedoch nur sehr vereinzelt: Blasenbildung mit gelben Massen. Auch hier zeigt das Mycel die Tendenz, sehr frü zeitig blasige Degenerationen einzugehen, schon vom zehnten Ta ab. Rosenkranzförmig angeordnete Früchte konnten nicht nachgewies werden.

Bemerkungen zur Alopecie der Keratosis pilaris.

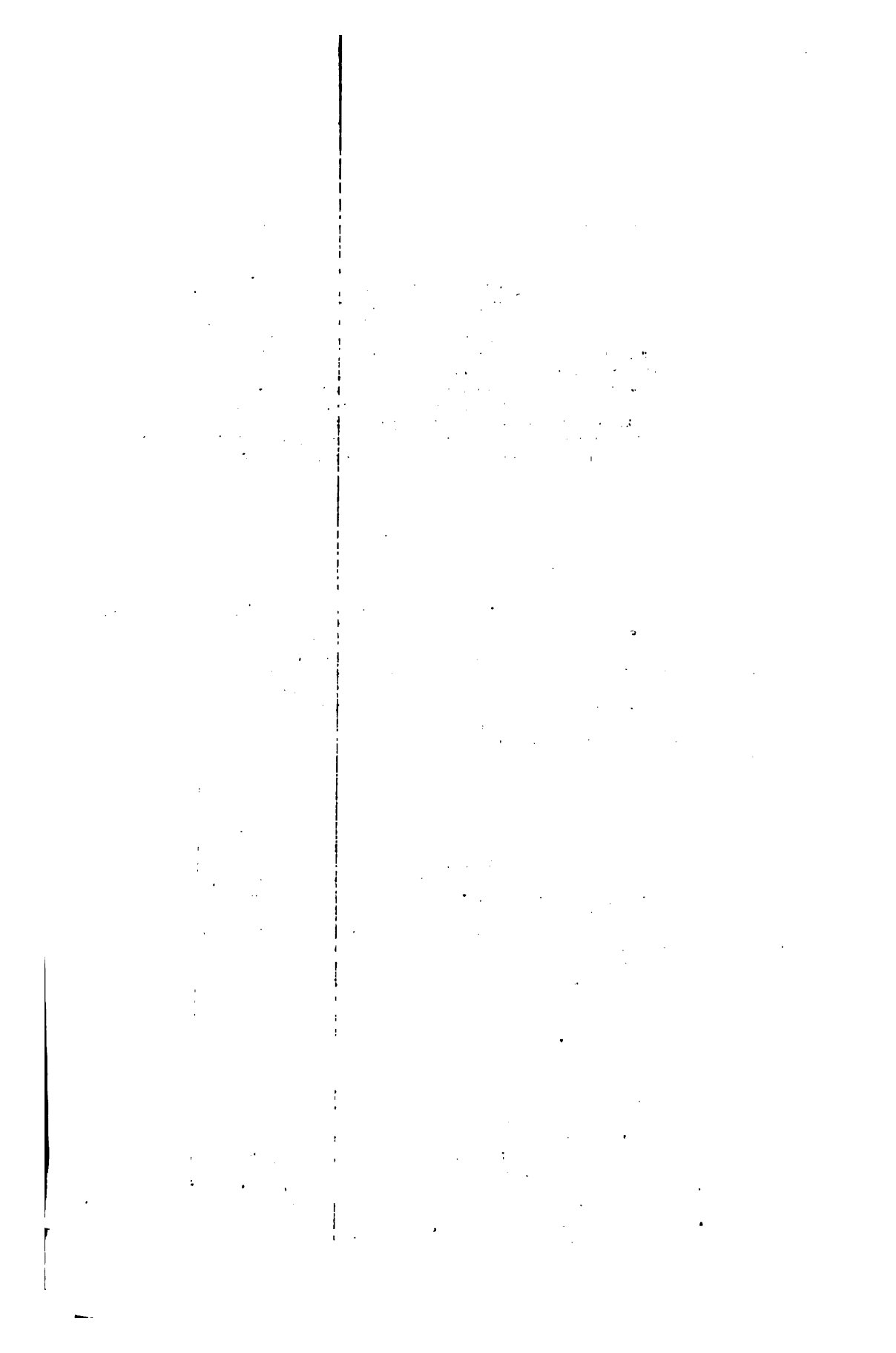
Vortrag, gehalten auf dem II. Internationalen Dermatologischen Kongresse in Wie

Von

L. Brocq,
Paris.

Durch die Untersuchungen von Erasmus Wilson, Tilbury Fo Taenzer, Besnier und Doyon und namentlich auch durch meine Arbe über die Keratosis pilaris — erschienen Januar-März 1890 — ist es e wiesen, dafs es sich bei der Keratosis pilaris, oder Lichen pilaris, od Xerodermia pilaris, um eine äufserst langsam verlaufende Krankhe handelt. Dieselbe besteht namentlich in einer chronischen Entzündun der Haar-Talg-Follikel. Diese Entzündung macht sich durch kleine ro Papeln rings um die Härchen auf den Extremitäten erkennbar und end schliefslich mit einer vollkommenen Narbenatrophie des Follikels un gründlicher Zerstörung der Haarpapille. Wie man sieht, ist dieser En haarungsvorgang ein endgültiger.

Die Keratosis pilaris des Körpers, der Extremitäten, des Gesicht ist uns jetzt in ihrem Verlauf und ihren Symptomen genügend bekannt; und wegen des Schwunds der Augenbrauen im Verfolg dieser Krankheit, mit dessen verschiedenen Formen wir ja auch hinlänglich vertraut sind, verweise ich auf meine früheren Arbeiten. Dagegen ist unsere Kenntnis der Keratosis pilaris des behaarten Kopfes erst eine ganz oberflächliche. Deshalb möchte ich gerade für diesen Gegenstand Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen.



Als bekannt darf ich dabei voraussetzen, dafs die Keratosis pilaris des Kopfes die verschiedensten Formen annehmen kann. Wir müssen daher von vornherein verschiedene Gruppen von Fällen unterscheiden.

1. In den Fällen von Aplasia moniliformis (Behrend, Hallopeau), von Nodositas pilorum, von Nodose Hair, handelt es sich meistens um Kinder, seltener um junge Leute (Fall von W. G. Smith) oder Erwachsene, deren Haare sehr kurz und gekräuselt sind. Sie weisen in gleichmäfsigem Wechsel Anschwellungen und Einschnürungen auf, gleichsam als bestänaen sie aus lauter Spindeln, die mit den Enden aneinandergelegt sind. Aufserdem ist aber jedes Haar an seinem Grunde von einem kleinen, roten, miliaren Knötchen umgeben, das in allen Punkten mit den charakteristischen Elementen der Keratosis pilaris übereinstimmt. Auch finden sich am Sitz dieser Keratosis pilaris noch sonstige Veränderungen, die eine bestimmte Diagnose dieses Leidens gestatten. Diese Veränderungen der Kopfhaare sind des weiteren erblich, richtiger, sind bei der ganzen Familie zu treffen (familiales), wie die Keratosis pilaris selber; über diesen Punkt ist gar kein Zweifel mehr möglich.

Nun wäre es aber verkehrt, in allen Fällen, in denen die Haare derartig gekräuselt sind, auf eine Keratosis pilaris zu schliefsen. Es mag sich ja in Wirklichkeit so verhalten, ist aber noch keinesfalls erwiesen. Umgekehrt kommen solche rosenkranzartige Haare sicher nicht bei jeder Keratosis pilaris des Kopfes vor.

2. In eine zweite Gruppe gehören alle diejenigen, verhältnismäfsig häufigen Fälle, die ich namentlich bei Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren beobachtet habe und bei denen es sich auf den ersten Blick um jene Form zu handeln scheint, die wir als Alopecia seborrhoica zu bezeichnen pflegen. Bei genauerem Zusehen findet man aber, dafs die Kopfhaut mit weifslichen Stellen besetzt ist, mit einer Art kleiner, nach Form und Gröfse unregelmäfsiger Plaques, die teils frei stehen, teils ineinanderfliefsen. In vorgeschrittenen und stark ausgesprochenen Fällen bilden sie ein den ganzen Schädel bedeckendes Netz, das zuweilen, wenn auch fast immer nur in bescheidenem Mafse, die Schläfengegend in Mitleidenschaft zieht. Die Haut an den betreffenden Stellen ist bald mehr, bald weniger matt-weifs, ein wenig eingesunken, wie atrophiert und narbig. Sind die Plaques im ganzen weniger narbig, so entdeckt man zuweilen auf ihrer Oberfläche kleine matt-glänzende Pünktchen, die den Narben der Keratosis pilaris der Extremitäten völlig ähneln. In der Nachbarschaft dieser völlig kahlen Plaques gewahrt man andere, unregelmäfsige Stellen oder Streifen, woselbst die Haut fast normal oder blafs-rot gefärbt ist und die mit kleinen hellroten Papeln besetzt sind. Die Papeln umschliefsen je ein Haar und befinden sich in den verschiedensten Entwickelungsperioden. Die Haare sind brüchig, zart und augenscheinlich atrophiert, soweit sie

aus den Papeln hervorwachsen; daneben finden sich aber zwischen den kahlen Stellen fast immer Haare, die in jeder Beziehung normal, oder wenigstens fast normal, scheinen. Sie sind bald mehr, bald weniger zahlreich und bilden stärkere oder dünnere Büschel, je nach dem Grade der Krankheit.

Das Wesentliche dieser Varietät von Alopecia besteht also einerseits in dem Ausgang, der zur mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen narbigen Atrophie der Haut führt, andererseits in dem Vorhandensein unregelmäfsiger, kahler Stellen, die hie und da wiederum mit Gruppen anscheinend gesunder Haare abwechseln. Fälschlich wird diese Varietät für eine Alopecia seborrhoica gehalten; ich bin aber keinen Augenblick im Zweifel, dafs sie trotz der meistens vorhandenen pityriasisartigen Abschuppung, ja, selbst trotzdem eine Hyperidrose der befallenen Teile nicht ganz selten ist, doch zu der Keratosis pilaris zu rechnen sei. Nur mufs man hier eben zwei Formen unterscheiden: bei der einen besteht keine eigentliche Seborrhoe, bei der anderen ist sie dagegen in hohem Mafse vorhanden.

3. An diesen zweiten Typus schliefsen sich nun diejenigen Fälle an, die Taenzer als Ulerythema ophryogenes beschrieben hat. Hier bilden sich rings um die Haare kleine rote Papeln; infolgedessen fallen erstere aus; und es entstehen auf diese Weise kahle Stellen von Linsen- bis Kirschengröfse, die narbig aussehen, etwas eingesunken, weifs, glänzend, glatt sind. Die übrigbleibenden Haare stehen als kleine Büschel zwischen den Plaques. Allmählich erweitern sich die kahlen Stellen und bilden schliefslich grofse, glatte, unregelmäfsig umränderte Flächen. Hie und da finden sich auf diesen, einem Sieb nicht unähnlichen Flächen noch einzelne Haare, deren gelockerte Follikel, wie bei der Cutis anserina, kegelförmig hervorragen und von der Umgebung durch einen schmalen hyperämischen Saum getrennt sind. Die Haarbüschel bestehen aus 2 bis 6 Haaren, die so dicht aneinanderstehen, dafs es den Anschein hat, als entsprängen sie alle aus einer Follikularöffnung. (Taenzer).

Man darf wohl die Frage aufwerfen, ob diese wichtigen Veränderungen, die bald kleinere, bald gröfsere Gebiete betreffen — es handelt sich nämlich immer nur um eine oder mehrere grofse kahle Platten; das Auftreten vieler kleiner, über den ganzen Kopf verteilter Stellen ist bislang noch nicht beobachtet — thatsächlich nur der Keratosis pilaris zur Last fallen, oder ob hier noch ein anderer krankhafter Vorgang mitwirkt. Eine bestimmte Antwort läfst sich hierauf zur Zeit nicht erteilen, jedoch scheinen die Veränderungen im engsten Zusammenhang mit der Keratosis pilaris zu stehen. Die Leute, bei denen sie beobachtet wurden, litten alle im höchsten Grade an der Keratosis. So fehlten ihnen z. B. die Augenbrauen. Aufserdem aber ist es schwer, die klinischen Ähnlich-

keiten zwischen der zweiten und dritten Varietät in Bezug auf Aussehen und Verlauf zu verkennen, und zwar scheint die dritte Varietät einer vorgeschrittenen Form des atrophischen Vernarbungsprozesses zu entsprechen.

4. Im Gegensatz hierzu steht die vierte Varietät, bei der der krankhafte Vorgang nur so gering ausgeprägt ist, dafs er sich kaum erkennen läfst. Die Veränderungen, die wir hier zu verzeichnen haben, können schon in frühester Jugend auftreten; sie machen sich aber zuweilen auch erst zwischen 15 und 25 Jahren bemerkbar.

a. In den ersten Lebensjahren kommen diese Veränderungen nur in Verbindung mit einer Ichthyose der Hautdecken, die bald mehr, bald weniger stark ausgeprägt ist, und mit einer ausgesprochenen Keratosis pilaris der Extremitäten vor. Die Haare sind fast immer trocken. Die Kopfhaare unterliegen mehrfachen Veränderungen. Unter ihnen ist wohl am auffälligsten eine verschieden starke pityriasisartige Abschuppung, die bald fester der Kopfhaut anhaftet, bald lockerer sitzt, bald sehr trocken, bald wiederum stark seborrhoisch ist, letzteres namentlich in der Mitte des Schädels und wenn man den Kopf nicht fleifsig wäscht. Hier und da auf dem Kopf, und nicht selten auch an den Schläfen, bemerkt man kleine haarlose Stellen; dieselben bestehen anfangs aus kleinen Plaques, deren glatte Haut atrophisch, narbig und ein wenig eingesunken erscheint. Die Kranken verspüren daselbst keine lästige Empfindung von Brennen, Jucken u. s. w., trotzdem man in der Umgebung rötliche Streifen wahrnimmt, die zum Vergleich mit den Elementen des Eczema seborrhoicum circinatum der Kopfhaut herausfordern. Sie deuten auf das Vorhandensein eines entzündlichen Vorganges hin. Ursprünglich sind diese enthaarten Stellen mit kleinsten Öffnungen versehen, aus denen übrigens nicht das winzigste Härchen hervorlugt. Umgeben sind die Plaques von dünnen, leicht gekräuselten Haaren, die aber keinerlei Einschnürungen aufweisen und sich ganz leicht ausziehen lassen. Daneben finden sich aber noch andere Haare, die im Gegensatz hierzu sich in Bezug auf Festigkeit, Länge und Dicke ihr normales Verhalten bewahrt haben.

b. Beim Erwachsenen kennzeichnet sich die in Rede stehende Form der Keratosis pilaris durch einen fast ununterbrochenen Ausfall von Haaren, welchen Haarschwund man gewöhnlich als Alopecia seborrhoica oder auch als Alopecia praematura idiopathica bezeichnet. Diese Form kommt im Alter von 15—30 Jahren bekanntlich sehr häufig vor. Untersucht man in diesbezüglichen Fällen die Kopfhaut etwas genauer, so findet man, dafs die Alopecie durch kleine Plaques verursacht wird, die an Form und Gröfse äufserst unregelmäfsig sind, teils ineinanderfliefsen, teils nicht, matt weifs, eingesunken erscheinen, auch ein wenig narbig, freilich nicht ganz so stark, wie bei der zweiten und dritten Varietät. In ihrer

Umgebung befinden sich, ebenso wie bei den Kindern, Haare von verschiedener Stärke, deren manche sich von normalen Haaren nicht unterscheiden. Auch hier besteht bald nur eine trockene Abschuppung, bald bildet sich eine echte seborrhoische Kruste über den ganzen Kopf. Letzteres Vorkommen macht es erklärlich, dafs man derartige Fälle einfach als Alopecia seborrhoica bezeichnet hat.

Nun habe ich aber überall im Verein mit dieser Form eine Keratosis pilaris der Extremitäten und bisweilen auch der Augenbrauen angetroffen. Diese Keratosis pilaris der Gliedmafsen bestand aber nicht mehr in den bekannten roten Knötchen rings um die einzelnen Haare. Die Krankheit hatte hier vielmehr meist schon ihr Ende erreicht; es scheint nämlich, dafs die Keratosis in diesen Fällen viel schneller verläuft und die Zerstörung der Haare viel gründlicher besorgt. Will man also sicher gehen, ob es sich wirklich um eine Keratosis pilaris handle, so mufs man bei den betreffenden Patienten auf junge Härchen, sowie auf weifse, eingesunkene, punktförmige Narben an der Hinterfläche des Ober- und Unterarms fahnden. Die völlige Enthaarung dieser Teile läfst sicher auf das Vorhandensein der Keratosis schliefsen.

Es scheint indessen auf den ersten Blick nicht ganz leicht, diese Varietät der Alopecie der Kopfhaut zu einer einfachen Keratosis pilaris zu stempeln; denn das charakteristische papulöse Element mit seinem centralen Haar scheint hier ganz zu fehlen. Wie wir jedoch eben gesehen haben, werden auch bei dieser Varietät kleine rote Streifen beobachtet, die auf einen Entzündungsvorgang hindeuten, einen Entzündungsvorgang, der die Haare zerstört und demnach wohl identisch ist z. B. mit dem Vorgang der Keratosis pilaris des Bartes oder der Augenbrauen. (Vergl. meine Abhandlung aus dem Jahre 1892; *Annal. de Derm. et de Syph.*). Und bilden nicht, trotz der eben erhobenen Einwände, gerade diese Form der Alopecie, diese Anordnung in kleinen, narbigen Lichtungen, dieser langsam fortschreitende Verlauf mit ungleichmäfsiger Ausbreitung, dieses regelmäfsige Zusammentreffen mit Keratosis pilaris der Extremitäten ebensoviele gewichtige Gründe dafür, dafs die Keratosis pilaris, wenn auch nicht die einzige, so doch eine der Ursachen für das Zustandekommen dieser Varietät abgiebt?

Es ist nun aber auch leicht einzusehen, warum die Keratosis pilaris in der überwiegenden Mehrheit der Fälle auf der Kopfhaut nicht die bekannten Papeln mit dem centralen Haar erzeugt. Letztere kommen aufser in den Fällen der beiden oben genannten Gruppen nur noch unter äufserst seltenen Umständen zur Beobachtung, und es liefse sich hieraus zur Not noch eine fünfte Gruppe bilden. Bei manchen Personen nämlich mit Keratosis pilaris der Extremitäten, deren Haare aus irgend welchen anderen Ursachen während längerer Zeit ausgehen, entstehen zuweilen

rings um die neugebildeten jungen Flaumhaare auf dem Kopf die Papeln der Keratosis pilaris. Einen derartigen Fall habe ich noch erst kürzlich wieder bei einem jungen Mädchen mit etwas Seborrhoe beobachtet, die seit mehr als sechs Jahren an Alopecie litt.

Sicher ist also, dafs die Keratosis pilaris auf der Kopfhaut in der pathognomonischen Form von Papeln mit centralem Haar vorkommt; es scheint aber, dafs dieses Vorkommen immer nur an bestimmte, noch wenig gekannte Bedingungen gebunden sei. Die Papeln z. B. bilden sich hier nur um feine Haare mit oberflächlicher Wurzel; und das ist leicht begreiflich, denn da der Entzündungsprozefs der Keratosis pilaris nur ein sehr begrenzter und schwacher ist, so kann er bei tiefsitzender Haarpapille nicht so bald zur Oberfläche gelangen. Je länger er aber andauert und die gesunden Haare durch zarte, oberflächlich sitzende Härchen verdrängt, um so mehr hat er Gelegenheit, sich in der Form von unregelmäfsiger Röte oder von hellroten Knötchen rings um die Haare bemerklich zu machen.

Andererseits lehrt uns auch die Pathologie der Augenbrauen, dafs die charakteristischen Plaques, die ein ausgesprochen narbiges Aussehen haben, im Verlauf der Keratosis pilaris zu stande kommen, ohne dafs man vorher etwas anderes als geringe Hautröte oder kleinste Knötchen rings um die Haare wahrnimmt.

Nun liegt mir nichts ferner, als die verschiedenen Formen des Haarschwunds, die Alopecia praematura idiopathica, die Alopecia der Seborrhoea sicca, auf die Keratosis pilaris zurückführen zu wollen. Ich behaupte nur, dafs letztere thatsächlich bei manchen Formen von Haarschwund eine Rolle spielt. Wieweit diese Rolle geht, bleibe späteren Untersuchungen vorbehalten. Dafs derartige Untersuchungen mit den gröfsten Schwierigkeiten verknüpft sind, will ich hier wenigstens erwähnt haben.

Denkbar wäre es, dafs bei manchen Personen die Keratosis pilaris auf einen anderen Prozefs aufgepfropft wird, nachdem die Haare bereits locker und dünn geworden sind. Durch diese Hypothese würde unter anderem auch die Thatsache erklärt, dafs man bei solcher Form der Alopecie häufiger als bei der Alopecia seborrhoica pura grofse, anscheinend gesunde Haare zwischen den kahlen Stellen verstreut findet. Es wäre anzunehmen, dafs die Keratose die völlig entwickelten Haare verschont und nur diejenigen angriffe, deren Papillen oberflächlicher liegen, so dafs auf diese Weise die eigentümliche Alopecie in Form von Lichtungen zu stande käme, mit Erhaltung einzelner gesunder Haare zwischen den kahlen Plaques. — Wie man sieht, ist dies mit geringen Abweichungen dieselbe Hypothese, die TAENZER zur Erklärung seiner eigenartigen Form von Alopecie, dem Ulerythema ophryogenes, aufstellt; selbige ist, wie wir weiter oben gesehen haben, mit meiner dritten Varietät identisch.

Schliefslich lassen sich also für die Keratosis pilaris der Kopfhaut folgende zwei Hypothesen aufstellen: Entweder der keratotische Prozefs besteht von vornherein rings um die tiefliegenden Papillen der gesunden Haare, er tritt aber erst in die Erscheinung, nachdem die gesunden Haare von zarteren Härchen mit oberflächlicher Papille verdrängt sind; nach dieser Auffassung würde die Keratosis pilaris allein zur Erzeugung des Haarschwunds genügen, — oder der keratotische Prozefs gesellt sich zu einer anderen Haarkrankheit hinzu, nachdem letztere die Haare bereits verändert und die tiefliegenden Haarpapillen durch oberflächliche ersetzt hat.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Syphilitische Plaques.[1]

Von

A. Ravogli, M. D.,
Cincinnati.

Plaques muqueuses, Condyloma planum, Papula humida, Pustula foetida etc. können zweifelsohne als der am meisten charakteristische Ausschlag bei der Syphilis bezeichnet werden; in allen Stadien dieses Leidens, von den frühesten bis zu den spätesten, finden wir diese Art von Ausschlag, sei es nun für sich allein oder als Begleiterscheinung bei anderen syphilitischen Läsionen. Ich habe immer eine Abneigung gehabt gegen die chronologische Einteilung der syphilitischen Symptome in primäre, sekundäre, tertiäre etc., denn ich fand immer, dafs dieselbe zur Entstehung von irrigen Ansichten bei den Studenten Anlafs gab. Die Ricordsche Unterscheidung der frühen und späten Syphilis dagegen entspricht den von Virchow aufgestellten Anschauungen und findet auch in dem lokalen pathologischen Vorgang eine bessere Erklärung. Die frühen Symptome sind durch die Neigung zu entzündlichen Erscheinungen gekennzeichnet, die späteren Läsionen durch die Neigung zu Hypertrophien, Infiltration und Neoplasma.

Alle Formen von syphilitischem Hautausschlag zeigen eine gewisse Ähnlichkeit mit anderen, gewöhnlichen Hautaffektionen; die syphilitische Roseola hat etwas Ähnlichkeit mit manchen Exanthemen, der papulöse Ausschlag ähnelt der gewöhnlichen Psoriasis u. s. w. Aus diesem Grunde

[1] Dieser Vortrag war für den Internationalen Kongrefs in Wien bestimmt.

haben manche Autoren die syphilitischen Läsionen im Anschluſs an die Willanſche Terminologie als Lichen syphiliticus, Acne syphilitica etc. bezeichnet.

Die Plaque muqueuse ist so eigentümlich, daſs es sehr schwierig ist, dieselbe mit irgend einem anderen Ausschlag zusammenzubringen, und wenn wir dieselbe finden, so ist das Vorhandensein der Syphilis keinem Zweifel mehr unterworfen. Diese Läsionen sind in hohem Grade kontagiös, und ich glaube, daſs die meisten Syphilisfälle häufiger durch diese besondere Form übertragen werden als durch den harten Schanker. Andere syphilitische Ausschläge, mögen sie nun trocken oder feucht sein, übertragen die Syphilis im gewöhnlichen Verlaufe nicht. Das von den Plaques muqueuses ausgeschiedene Virus erzeugt, auf ein nicht syphilitisches Individuum übertragen, einen harten Schanker. Bei zwei Fällen von Schanker des Mundes habe ich die Personen, von denen das Virus herstammte, gesehen, und bei beiden fand ich Schleimpapeln der Lippen. Ich bin daher der Meinung, daſs die breiten Kondylome bei ihrem Träger sich als Plaques muqueuses wiedererzeugen, bei einem nicht syphilitischen Individuum dagegen einen harten Schanker, die einzige Form der initialen Syphilis, hervorrufen.

Wir sehen fast bei jedem Falle von Syphilis Schleimhautplaques, welche manchmal bei der ersten Entwickelung konstitutioneller Symptome oder auch während der sogenannten sekundären Periode erscheinen, und nicht ganz selten sieht man sie während des späten Stadiums oder der Tertiärperiode auftreten.

Die Schleimpapel findet sich sowohl auf der Schleimhaut als auch auf der Haut, aber ihr Aussehen ist ein so eigentümliches, daſs sie mit keiner anderen Läsion der Syphilis verwechselt werden kann. Sie äuſsert sich zunächst als ein runder oder ovaler roter Fleck von variabler Gröſse, die zwischen einer halben Erbse und einem Vierteldollar oder mehr schwankt. Diese Gebilde sind scharf umschrieben, haben abgerundete Ränder und sind ein wenig erhaben; dabei findet sich ein spärliches, seröseitriges Sekret unter der Epidermis; wenn die Affektion auf der Schleimhaut lokalisiert ist, so löst sich das Epithel bald auf und hinterläſst eine ulzerierte Fläche von graulich-weiſser Farbe und mit einer flüssigen, serösen Absonderung. Das Aussehen der Kondylome zeigt je nach der befallenen anatomischen Gegend gewisse Verschiedenheiten. Als eine ulzerierte, mit Vegetationen bedeckte Fläche sieht man sie auf den Schleimhäuten und auf der Haut in der Umgebung des Anus, an der Krurogenitalfurche, unter der Achsel, wo die unausgesetzte Schweiſssekretion zusammen mit dem abgesonderten Serum sie feucht erhält und die Entwickelung von Borken verhindert.

Wenn sie aber z. B. im Gesicht auftreten und das Sekret eintrocknet,

so dafs sich eine Art Borke bildet, die in den runden Rändern der Plaque eingeschlossen verbleibt, dann haben diese Gebilde eine Beschaffenheit, welche eine Verwechselung mit Impetigo möglich erscheinen läfst. An anderen Stellen, wo die Epidermis hart und resistent ist, wie z. B. an der Palma manus und an der Fufssohle, da kann das Serum nicht aussickern, sondern es wird wieder resorbiert, so dafs eine Desquamation der Epidermis die Folge ist. Die Plaques verschwinden langsam bei allgemeiner Behandlung und mit gröfserer Schnelligkeit bei lokalen Mafsregeln; niemals aber bleibt irgend eine Narbe zurück, obgleich manchmal eine gewisse Pigmentablagerung zurückbleibt, welche einige Zeit bestehen bleibt, um dann allmählich zu verschwinden.

Wir glauben nicht, dafs die Plaques muqueuses mit Papeln in eine Reihe gestellt werden können, und es ist in der That der von Bassereau angewandte Name Papula humida nicht richtig gewählt, da wir wissen, dafs eine Papel niemals secerniert und niemals mit einer Borke besetzt ist.

Die Ansicht, dafs jeder papulöse Ausschlag wegen der Zartheit der Haut und deren Maceration infolge der fortdauernden Schweifssekretion in eine feuchte Papel oder Plaque muqueuse übergehe, ist nicht eigentlich richtig. Ich mufs sagen, dafs meiner Erfahrung nach es viele Fälle von konfluentem, papulösem Syphilid giebt ohne irgend welche muköse Flecke auf der Haut, und andererseits habe ich Kondylome auf der Haut der Labia maiora, des Skrotum, Anus, der Achselhöhle, Mammae etc. ohne gleichzeitiges Vorhandensein irgend eines papulösen Syphilids gesehen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs der syphilitische Prozefs bei jeder primären Verletzung seine Neigung zum Hypertrophieren dokumentiert, aber sein Verlauf und Ende weichen wesentlich von dem gewöhnlichen papulösen Ausschlag ab. Ich kann meine Zustimmung nicht dazu geben, dafs die Schleimpapeln mit den gewöhnlichen Papeln in dieselbe Gruppe zusammengestellt werden; ich möchte vielmehr der Ansicht von Legendre und Bazin zustimmen, dafs die Plaques muqueuses einen eigentümlichen und charakteristischen Ausschlag der Syphilis darstellen und nicht mit irgend einer anderen gewöhnlichen Form zusammengestellt werden können.

Wie oben bereits erwähnt wurde, befällt das breite Kondylom die Schleimhäute und die Haut am häufigsten in der Nähe der natürlichen Orificien oder an Stellen, wo die Haut in sich selbst zusammengefaltet ist und daher der Maceration durch überreichliche Schweifssekretion ausgesetzt ist. Die Epithelbedeckung der Plaques geht leicht verloren und hinterläfst dann eine ulzerierte Fläche mit kleinen, wuchernden Granulationen von graulich-fleischfarbenem Aussehen. Die Plaque fühlt sich weich an und secerniert eine schleimig-seröse Flüssigkeit von unangenehmem, fadem Geruch. Diese Flüssigkeit hat eine so intensiv reizende

Beschaffenheit, dafs sie den Patienten ein lebhaftes Jucken an der Oberfläche der Plaques sowie auf der umgebenden Haut verursacht. Syphilitische Ausschläge sind sonst kaum von Juckreiz begleitet, und wir können wohl sagen, dafs die syphilitische Plaque der einzige mit Pruritus verbundene Ausschlag ist.

Manchmal können die Kondylome auch mit einer diphtherischen Schicht bedeckt sein, wodurch sie ein kreideartiges Aussehen erhalten; zu anderen Zeiten nehmen die Granulationen eine wuchernde Beschaffenheit an, so dafs die Plaques ein unebenes, warziges Aussehen bekommen. Diese hypertrophierende Eigenschaft ist in manchen Fällen so prononziert, dafs ein enormes Wachstum der affizierten Teile die Folge ist. In der Umgebung des Anus, an den Mundwinkeln nimmt die Plaque das Aussehen von Rhagaden an, und man kann dann nur durch Auseinanderhalten der Schleimhautfalten die wahre Natur der ulzerierten Plaques erkennen. Das Vorhandensein derselben an diesen Stellen macht die Ausführung der betreffenden physiologischen Funktionen schmerzhaft. Diese Läsionen haben ihre Prädilektionsstellen und treten häufiger an der einen als an der anderen Stelle auf; Reizung der Haut und der Schleimhäute ist sehr oft die Ursache des Wiedereintretens der Plaques. Ich habe Patienten gehabt, welche stets frei blieben von Plaques in der Mundhöhle, so lange sie sich des Tabaks enthielten, die aber sofort daran zu leiden hatten, wenn sie anfingen, Tabak zu rauchen oder zu kauen.

Nach Basserau, Davasse und Deville sollen sich Kondylome häufiger in der Umgebung des Anus, auf den grofsen und kleinen Labien der Vulva, auf der oberen, vorderen und Innenfläche der Oberschenkel, auf dem Präputium und auf der Glans oder der retroglandulären Furche entwickeln, sowie auf dem Skrotum und auf den Brüsten bei den Frauen. Nach der Genitoanalgegend kommen dann die Nasenöffnung, der Sulcus nasolabialis, die Mundwinkel und die Tonsillen, sowie auch manchmal die hintere Wand des Pharynx. Ferner hat man Plaques auch auf der Concha gefunden und auf dem Processus mastoides, an den Axillargegenden, auf dem Nabel und zwischen den Zehen und Fingern.

Um mir nach meinen eigenen Beobachtungen eine Idee von der Häufigkeit der syphilitischen Plaques zu bilden, habe ich meine Aufzeichnungen aus der Privatpraxis der letzten sechs Jahre durchgesehen. Ich fand im ganzen 216 syphilitische Patienten verzeichnet; 159 derselben waren Männer, 51 Weiber und 6 Säuglinge.

Es war meine Absicht gewesen, nachzuforschen, wie oft die Kondylome in den verschiedenen Stadien der Syphilis auftreten. Zu diesem Zwecke trennte ich die Fälle von früher Syphilis (Sekundärstadium) von denen der späten Lues (tertiäres Stadium). Frühe Syphilis: 116, späte Syphilis: 94; Syphilis congenita: 6.

Plaques muqueuses fanden sich während der ersten Stadien der Syphilis bei 103 von den 116 Kranken und in 24 von den 94 Patienten im späten Stadium. Es geht daraus hervor, dafs die Schleimpapeln im Anfangsstadium häufiger anzutreffen sind als in den späten Stadien der Syphilis.

Die mit Vorliebe von den Plaques ergriffenen anatomischen Regionen kann ich folgendermafsen einteilen:

Im Sekundärstadium:

Lippen	38
Anus	11
Zunge	11
Labia maj. et min.	12
Mund	6
Mandeln und Gaumen	5
Skrotum	5
Schenkelbeuge	4
Präputium und Glans	3
Larynx (Stimmbänder)	2
Pharynx	1
Hand (zwischen den Fingern)	1
Fufs (zwischen den Zehen)	2
Unter der Brust	1
Axilla	1
Gesicht	1.

Im Tertiärstadium fanden sich die Plaques auf dem

Gaumen	6
Zunge	5
Nasenlöcher	5
Concha auricul.	2
Lippen	2
Skrotum	2
Anus	2.

Bei den sechs Fällen von Syphilis congenita fanden sich Plaques nur zweimal und zwar in der Umgebung der Genitalien und in der Inguinalfurche.

Viele Autoren behaupten, dafs das weibliche Geschlecht häufiger Schleimpapeln acquiriere als das männliche. In meiner kleinen Statistik finde ich, dafs das Geschlecht keinen Einflufs auf die Entwickelung derselben ausübt, denn es ergiebt sich, dafs von den 163 Männern 59 im frühen Stadium und 8 im späten Stadium Plaques aufwiesen, während unter den 51 Weibern 18 im frühen Stadium und 3 im späten dieselben darboten.

Aus dieser Darlegung ist mit Leichtigkeit zu entnehmen, dafs Schleimpapeln im sekundären Stadium der Syphilis sehr häufig vorkommen, während in der späten Periode ihr Auftreten seltener ist. Hierin liegt nun auch der Grund, weshalb die Syphilis im späten Stadium nach Ablauf des Sekundärstadiums nicht so leicht übertragen wird wie im Anfang, wo die Plaques jeden Augenblick hervortreten können.

Ein sehr eigentümlicher Fall von frühzeitigem Ausbruch von Plaques muqueuses, die gleichzeitig an mehreren Teilen des Körpers auftraten, ist mir noch kürzlich begegnet, und da der Fall einige interessante Momente darbietet, will ich mir die Freiheit nehmen, denselben ausführlich hier mitzuteilen.

M. V., Italiener, 30 Jahre alt, Mann von Mittelgröfse, kräftigem Körperbau, dunklem Teint und dunklem Haar, hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut. Am 15. Juni dieses Jahres hatte er mit einer Frau geschlechtlichen Umgang gehabt, doch hatte er diesen Umstand beinahe vergessen, als er am 15. Juli auf der retroglandulären Furche ein Geschwür bemerkte, welches nach wenigen Tagen hart wurde. Es wurde keine eigentliche Medikation angewandt aufser einem Pulver, welches er von einem Bekannten erhielt, und das er lokal applizierte. Ich vermute, dafs dies Kalomel war. Nach ungefähr einem Monat war das Ulcus geheilt, aber der Mann befand sich nicht wohl, und er bemerkte einige kleine Geschwüre auf der Kopfschwarte. Ich fragte ihn, ob er rote Flecke auf seiner Haut gesehen habe, was er aber verneinte; indessen kann die Entwickelung der Roseola so gering gewesen sein, dafs sie ganz unbemerkt blieb.

Anfangs September bemerkte er einige Erhebungen auf der Stirn, dem Kinn, dem Halse und an einigen anderen Teilen seines Körpers. Dies veranlafste ihn, ärztliche Hülfe nachzusuchen. Der Mann sah etwas abgemagert und anämisch aus und zeigte die blasse Farbe, wie sie dem ersten Stadium der konstitutionellen Symptome der Syphilis eigen ist. Die Erhebungen auf der Stirn waren 13 oder 14 an der Zahl; sie erstrecken sich über die Glabella herunter und sind nichts anderes als Kondylome. Der Ausschlag kann nicht als irgend eine andere Art von Syphiloderma diagnostiziert werden, denn es sind keine Papeln, keine Pusteln noch auch ein Tuberkelausschlag. Die Läsionen bestehen aus warzigen Erhebungen auf der normalen Haut und haben eine dunkle, schmutzige Färbung; an Gröfse variieren sie zwischen einer halben Erbse und einem amerikanischen Dime. An der Peripherie sind sie hart und haben scharf abgeschnittene Ränder und eine etwas papilläre Beschaffenheit in der Mitte. Einige andere zeigen kleine, harte Borken zwischen den Papillen eingeschlossen, und wiederum andere sind etwas ulzeriert. Eine weitere Gruppe der gleichen Plaques, fünf oder sechs an der Zahl, fand

sich unter dem Kinn und auf dem Halse; sie variierten an Gröfse zwischen einem Dime und einem Vierteldollar.

Ferner fanden sich grofse muköse Plaques bei ihm auf der Glutäalgegend, und zwei grofse Läsionen von fast Halbdollargröfse fanden sich auf der Hautfalte in der Nähe der Analregion. Andere Plaques waren auf dem Skrotum und auf der medialen Fläche der Oberschenkel zerstreut, während mehrere andere sich auf den Inguinalfalten vorfanden. Zwei kleine Plaques waren auch auf den Lippen lokalisiert.

Was bei diesem Falle besonders auffällt, ist, dafs die Hautoberfläche vollständig rein war, und weder ein Roseolenausschlag noch Papeln zu entdecken waren. Die Nacken- und Leistendrüsen waren hart und geschwollen. Im Rachen war kaum eine Andeutung eines Erythema faucium zu sehen.

Ich habe diesen Fall angeführt zum Beweise für meine Behauptung, dafs die syphilitische Plaque nicht eine eigentliche Papel ist und mit dem papulösen Ausschlag nichts zu thun hat. Dieselbe kann auch ohne jeden anderen syphilitischen Ausschlag vorkommen und kann andererseits einen Ausbruch von syphilitischen Roseolen, Papeln oder Pusteln komplizieren.

Um die pathologisch-anatomischen Läsionen der Plaques muqueuses zu illustrieren, habe ich unterm Mikroskop einen Schnitt durch eine solche, die ich von dem eben erwähnten Patienten entnommen habe, eingelegt. Das erste, was unsere Aufmerksamkeit erregt, ist eine zellige Infiltration des Korium in der Umgebung der Papillen und in deren feinem Stroma. Diese Infiltration erstreckt sich bis in die oberflächlichen Schichten des subkutanen Zellgewebes. Man sieht runde Zellen, die nur einen Kern enthalten, an Gröfse den Lymphzellen gleichen, welche bei einfacher Dermatitis zwischen den Fasern des Bindegewebes eingeschlossen zu beobachten sind. Die Papillen sind sowohl der Länge als der Breite nach enorm vergröfsert. An den vorgelegten Präparaten sieht man ein kolossales Netz von vergröfserten Kapillaren, und an einigen derselben, welche quer durchschnitten sind, sieht man die Adventitia enorm verdickt infolge der Zunahme der Bindegewebskörperchen und durch die Infiltrationszellen zwischen dem Fasergewebe. Sie sehen ferner eine verdickte Epidermis und eine Zerstörung der oberflächlichen Schichten, infolge deren die Zellen als Detritus aufgelöst sind.

Plaques muqueuses erscheinen manchmal in akuter Weise, aber gewöhnlich nehmen sie einen chronischen Verlauf eben so wie die anderen Symptome der Syphilis. Läfst man sie unbehandelt, so bleiben sie monatelang bestehen, aber bei Anwendung zweckmäfsiger Mittel wird ihre Dauer wesentlich abgekürzt. Das diphtherische Stadium der Plaques, während dessen die Oberfläche mit nekrotischem Gewebe bedeckt ist, leistet den

stärksten und hartnäckigsten Widerstand. Die Heilung beginnt im Centrum und erstreckt sich dann allmählich bis auf die Peripherie unter Hinterlassung einer kupferig gefärbten Stelle, welche langsam wieder verschwindet.

Es ist nicht nötig, noch hervorzuheben, daſs eine allgemeine antisyphilitische Behandlung das wichtigste Moment für die Heilung dieser Läsionen bildet, aber eine gut angepaſste lokale Therapie ist auch erforderlich, um den Patienten Linderung zu verschaffen und das Verschwinden dieser widerlichen Komplikation zu beschleunigen. Vor allen Dingen ist gröſste Reinlichkeit anzuempfehlen, und es müssen deshalb die sich berührenden Hautflächen aus einander gebracht werden. RICORD empfahl, die Plaques täglich zweimal mit Kochsalzlösung zu waschen und alsdann die Oberfläche mit Kalomel zu bestreuen und Charpie zwischen die sich berührenden Teile zu legen.

Meiner Erfahrung nach habe ich die Anwendung von Emplastrum Hydrargyri sehr nützlich gefunden namentlich für die Plaques in der Umgebung der Vulva und des Anus, wenn sie Neigung zum Hypertrophieren bekunden. Ich pflege die Oberfläche mit einer Lösung von Karbolsäure abwaschen zu lassen oder mit einer 1‰ Lösung von Sublimat und bedecke alsdann die Oberfläche mit dem auf einem Stückchen Zeug gestrichenen Pflaster, welches ich jeden Tag zweimal erneuern lasse.

Manchmal sind die Plaques so resistent, daſs sie die Anwendung von Causticis erforderlich machen. In dem Falle von Plaques an der Achselgegend habe ich Salpetersäure angewandt, was zu einer Umwandlung der warzigen, secernierenden Fläche in eine escharaartige Kruste führt. Letztere fällt nach einigen Tagen ab und hinterläſst eine granulierende Fläche, welche bald abheilt.

Eine Lösung von salpetersaurem Hg-Oxyd ist auch ein sehr nützliches Mittel, und ich habe es mit vorzüglichem Erfolg bei hartnäckigen Fällen von Plaques an den Lippen, der Zunge, dem Munde, den Tonsillen und bei zwei Fällen von Kondylomen an den Stimmbändern angewandt.

Ferner ist eine Höllensteinlösung in der Stärke von 6—8% bei den gewöhnlichen Fällen von Plaques an den Lippen, der Zunge und dem Anus nützlich. Mit einem kleinen Wattetampon, den ich in die Lösung tauche, berühre ich die Plaques jeden zweiten Tag und schreibe dem Patienten vor, seinen Mund alle drei bis vier Stunden mit einer Boraxlösung auszuspülen.

Aus dem Dargelegten möchte ich nun folgende Schluſsfolgerungen ziehen:

a) Die Plaque muqueuse ist eine für Syphilis charakteristische Läsion.

b) Dieselbe tritt gewöhnlich während der frühen Stadien der syphilitischen Infektion auf.

c) Sie kehrt auch im Spätstadium der Syphilis, jedoch nicht so häufig wieder.

d) Während der gummösen Periode der Lues findet sie sich niemals.

e) Plaques muqueuses sind hochgradig kontagiös und bilden die gefährlichsten Läsionen für die Übertragung der Syphilis.

f) In den späten Stadien ist die Syphilis wegen des Verschwindens gerade dieser Kondylome auf dem gewöhnlichen Wege nicht mehr übertragbar.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Sitzung vom 1. November 1892.

Vorsitzender: Herr LASSAR. Schriftführer: Herr SAALFELD.

1. Herr LEWIN: **Fall von Psoriasis erosa.** Das sechs Wochen alte Kind, das Herr L. vorstellte, stammt von einer syphilitischen Mutter, die am 10. August d. J. auf der geburtshülflichen Station aufgenommen wurde, und bei der man verschiedene syphilitische Affektionen, wie Condylomata lata ad linguam, Rhagaden etc., fand. Nach der Entbindung, die 14 Tage zu früh erfolgte, wurde sie auf die syphilitische Abteilung verlegt. Das Kind zeigte bei der Geburt und in den ersten Wochen keine Erscheinungen von Lues, litt aber an Intertrigo. Es wurden prophylaktisch sechs Sublimatbäder gegeben, und danach trat ein dem Eczema squamosum gleichendes Exanthem, das L. als Psoriasis erosa (weil es beim Abschuppen nicht blutete, sondern mehr Erosionen glich) bezeichnen möchte. Auch hier zeigt sich wieder die alte Erfahrung, daſs erst nach Behandlung mit Hg-Präparaten die Syphilis hervortritt.

Herr LASSAR fragt, ob entzündliche Erscheinungen vorhergegangen sind, oder ob die Form gleich so bestanden hat; er würde glauben, daſs es sich um ein lymphatisches intertriginöses Ekzem mit squamösem Ausgange handle, indem bei vielen Hautkrankheiten sich der pathologische Prozeſs in den Lymphbahnen weiter verbreitet.

Herr LEWIN erwidert, daſs er Hautkrankheiten mit Lymphgefäſserkrankungen nicht kenne, wohl aber Erkrankungen der Lymphgefäſse; er fordert für die Theorie der lymphatischen Verbreitung der Hautkrankheiten Beweise durch entsprechende pathologische Präparate.

2. Herr LEWIN: **Fall von Psoriasis linguae syphilitica.** Der vorgestellte Patient, der nach einer Sklerose an Roseola etc. gelitten hat, zeigt jetzt Psoriasis plantaris und palmaris, auſserdem Condylomata lata an den Tonsillen und eine Psoriasis linguae, die L. bis jetzt noch nicht beobachtet hat und die selbst in dem MIKULICZschen Atlas nicht gezeichnet ist. Auf der grau belegten Zunge findet sich eine groſse Anzahl roter, glatter, d. h. papillenloser Flecke. Die Entwickelung der-

selben beginnt mit der Bildung einer hyperämischen roten Stelle auf dem Zungenrücken, die von grau erscheinendem Epithel umgeben ist. Allmählich verfettet das Epithel des Centrums, wird grau und undurchsichtig, während die Umgebung mehr gerötet erscheint. Schliefslich wird das verfettete Epithel abgestofsen, und eine tiefrote Stelle erscheint inmitten der blafsrötlichen Zunge.

Herr Joseph hält die Psoriasis lingualis für identisch mit der Leukoplacia buccalis. Letztere ist ein klinisches Krankheitsbild, charakterisiert durch die Bildung weifser Flecke auf der Zunge. Diese Leukoplakie steht mit der Syphilis in keinem Zusammenhange, er hat sie nur bei Rauchern beobachtet. Im späteren Stadium der Syphilis kommen an der Zunge wohl Defekte mit Narbenbildungen vor. Auch an dem vorgestellten Falle könne er nur Substanzverlust mit Epithelverlust an der Zunge konstatieren, die er aber keineswegs als Psoriasis bezeichnen möchte.

Herr Rosenthal glaubt seinerseits an den ätiologischen Zusammenhang von Leukoplakie und Syphilis. Bei dem vorgestellten Patienten handelt es sich seiner Meinung nach um einen einfachen Epithelverlust und nicht um Narbenbildung.

Herr Hoffmann hält die Affektion der Zunge auch nicht für Leukoplacia. Er erinnere sich, einen Fall beobachtet zu haben, bei dem unter bedeutenden Fiebererscheinungen Blasen auf der Zunge sich bildeten, die eine seröse Flüssigkeit enthielten, dann platzten, und nachdem dann auch das Epithel der Blasen sich abgestofsen hatte, zeigte sich derselbe Zustand, wie bei diesem Patienten, nämlich runde oder ovale rote Flecke, die deutlich erkennen liefsen, dafs das Epithel an diesen Stellen fehlte. Er hatte damals die Diagnose auf Pemphigus linguae gestellt und wäre geneigt, auch diesen Fall dahin zu rechnen, wenn er etwas Näheres über den Beginn des Leidens erfahren könnte. Der Patient giebt selbst an, dafs es zuerst Blasen gewesen wären, und dafür spricht auch der jetzige Befund, indem er auf einen Substanzverlust hinweist.

Herr Lewin schliefst sich der Ansicht Rosenthals an, er wolle ja nicht den Prozefs Psoriasis nennen, aber er weifs keinen anderen Ausdruck dafür. Diese Affektion ist aber syphilitisch, indem die Epitheltrübungen allein schon syphilitisch sind. Ehr hat in einer jüngst erschienenen Arbeit nachgewiesen, dafs die sogenannten Epitheltrübungen der Mundschleimhaut in 60—75% bei Syphilitischen, in 30% bei Rauchern vorkommen. Was die Blasenbildung auf der Zunge anbetrifft, so glaubt er, dafs, da das Epithel der Zunge fest aufsitzt, eine Abhebung derselben nicht möglich wäre.

3. Herr Lewin: **Fall von Acne pigmentosa.** Der vorgestellte Patient, der wegen einer Gonorrhoe und Hodenentzündung auf der Abteilung der Charité aufgenommen wurde, zeigte, dafs sein Rücken mit Aknepusteln und tief braun pigmentierten Flecken vollkommen bedeckt war. Unzweifelhaft sind die einzelnen Akne-Efflorescenzen mit Hinterlassung einer grofsen Menge Pigment geheilt. Nach Analogie der Urticaria pigmentosa kann man von einer Acne pigmentosa sprechen. Über die Pathogenese dieser Erkrankung fehle jede Hypothese.

4. Herr Lewin: **Seltener Fall von Pityriasis punctata.** Der Patient zeigt auf dem Rücken braun gefärbte, teils in der Haut liegende, teils über das Hautniveau prominierende, leicht abkratzbare Gebilde. Die Affektion ist von einer Reihe von Ärzten für Lichen ruber und Lichen scropholosorum gehalten worden. Er hält die Gebilde für Warzen, die man mit dem Nagel entfernen kann. Die mikroskopische Untersuchung hat bis jetzt keinen Pilz ergeben.

Herr Ledermann hat den Kranken eine Zeitlang behandelt und mit Rücksicht auf die damals vorhandene beträchtliche Seborrhoe des ganzen Körpers die Diagnose: Verrucae seborrhoicae gestellt.

5. Herr Rosenthal: Krankenvorstellung. Der Patient, bei welchem sehr

bald nach einer Infektion sich ein pustulo-**tubero-ulceröses Syphilid** entwickelte, zeigten an den Stellen, wo die syphilitischen Prozesse safsen, starke dunkelbraune Pigmente, besonders an den Unterextremitäten, an den Oberextremitäten sehr wenig, am Stamme fast gar nicht.

6. Herr LEDERMANN demonstriert makroskopische und mikroskopische Präparate des Hodens eines Mannes, den er schon früher der Gesellschaft vorgestellt hatte und bei dem nach Abscedierung des Hodens die Diagnose zweifelhaft war, ob es sich um eine syphilitische Gummabildung des Hodens oder eine gonorrhoische Epidydimitis mit Ausgang in Eiterung handelte, oder ob Tuberkulose vorlag. Herr KAREWSKY machte, da man nur Tuberkulose annehmen konnte, die doppelseitige Kastration, und dabei zeigte es sich, dafs es sich wirklich um eine **tuberkulöse Epididymitis** handelte. Es fanden sich verkäste Tuberkel mit Eitersäcken vor.

Herr HELLER empfiehlt zur Sicherstellung der Diagnose das Tuberkulin.

Herr KAREWSKY glaubt, dafs das Tuberkulin nicht notwendig sei zur Stellung der Diagnose; er habe in sechs Fällen im Anschlufs an Gonorrhoe Hodentuberkulose beobachtet. Vier sind nach einer Gonorrhoe erkrankt, es bilden sich perlschnurartige Verdickungen, die dann abscedieren; er habe nie beobachtet, dafs gonorrhoische oder syphilitische Hodenentzündungen abscedieren. Von grofser Bedeutung für die Diagnose ist das Verhalten der Prostata, welche frühzeitig mit an Tuberkulose erkrankt, wobei man dann bei der Untersuchung derselben, die eine Seite atrophisch, die andere pyramidenartig zugespitzt findet.

Herr LEWIN rät, nicht immer gleich zur Exstirpation der Hoden zu schreiten; in vielen Fällen wird sie keinen Erfolg mehr haben, da die Patienten zu spät in die Behandlung des Arztes kommen und allgemeine Tuberkulose schon bestehen dürfte. Die Gonorrhoe sei auch nicht immer die Veranlassung zur Entwickelung der Tuberkulose des Nebenhodens. Bei allen seinen Fällen, die er beobachtet hat, konnte er Prostataanschwellungen konstatieren. In zwei Fällen pflanzte sich die Tuberkulose von der Prostata auf die Blase, Nieren und Lungen fort. Abscesse bei gonorrhoischer Epididymitis hat er zwei gesehen.

7. Herr PETER: **Über extragenitale Syphilisinfektion.** Wohl in keinem ärztlichen Wirkungungskreise fehlt es an Erfahrungen, dafs sich syphilitische Erscheinungen ohne nachweisbaren Zusammenhang mit einer initialen Manifestation entwickelt haben. Manche dieser Fälle mögen deshalb unerklärt bleiben, weil sich die Eingangswege des Giftes in den menschlichen Organismus nicht ausschliefslich an die der Natur der Sache nach bevorzugten Kontaktorte anschliefsen. Andererseits ist bis jetzt mit Sicherheit kein anderer Übertragungsmodus bekannt, als in Form direkten persönlichen Überganges. Da manche dieser Vorkommnisse der ärztlichen Beobachtung entgehen und sich bei zweifelhaften Erscheinungen unschwer eine irrige Deutung einschleichen kann, ist es gewifs geboten, immer von neuem darauf hinzuweisen, dafs die Syphilis in Bezug auf ihre Anfangserscheinungen die verschiedensten Angriffspunkte besitzt. Initialaffekte an ungewöhnlichen Orten gehören aber nicht zu den seltenen Erscheinungen. So hat Vortragender in den ersten neun Monaten des laufenden Jahres in der öffentlichen Sprechstunde des Herrn LASSAR Gelegenheit gehabt, nicht weniger als 20 einschlägige Fälle zu beobachten, d. h. im Durchschnitt alle 14 Tage mindestens einen. Eine derartige Beobachtung fordert immerhin auf, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Gefahr zu lenken, welche die Syphilitiker für ihre Familie und für die Gesellschaft in sich bergen. So sind von den beobachteten Fällen nur zwei Mundschanker durch perverse Sexualbefriedigung entstanden, alle anderen lassen sich teils auf Küsse, teils auf Infektion beim Rasieren oder auf zufällige Wunden, die durch das syphilitische Gift erkrankter Familienmitglieder verunreinigt wurden,

zurückführen. Auf diese Weise syphilitisch erkrankt fand er 11 Männer, 5 Frauen, 4 Kinder, und zwar saſs der Primäraffekt an der Unterlippe achtmal, an der Oberlippe viermal, am Kinn zweimal, ferner je einmal an der Wange, Hals, Finger, Tonsille und Zungengrund. Dazu kommt die Sklerose auf der rechten groſsen Schamlippe eines elf Monate alten Kindes, dessen Windeln der mit Syphilis behaftete Vater als Handtuch benutzt hatte. Was die Konfiguration anlangt, so zeigte der Schanker auf der Tonsille und dem Zungengrunde eine etwa markstückgroſse ulcerierte Stelle mit mäſsiger Sekretion, die gegen die Umgebung durch einen infiltrierten Rand abgegrenzt war. Die Syphilisschanker schwankten von Erbsen- bis Markstückgröſse und stellten teils mit schmutziger Borke bedeckte Papeln, teils indurierte Ulcerationen auf schüsselförmigem braunrot glänzendem Grunde dar, während der Schanker der äuſseren Haut die kreisrunde Form zeigte, wie man sie auf der Haut des Penis zu sehen gewöhnt ist. Die regionäre Drüsenschwellung war in allen Fällen deutlich ausgesprochen; die Cervikaldrüsen waren in einigen Fällen in groſse harte, indolente Tumoren umgewandelt. Das Exanthem war in sieben Fällen makulös, in neun Fällen papulös, in zwei Fällen makulo-papulös, und in sieben Fällen war kein Exanthem vorhanden, doch betrifft einer derselben ein Kind, bei dem der Beginn der Lippensklerose fast ein Jahr zurückliegt und das damals die Masern durchgemacht hat. Da nach Angabe der Mutter dieselben ohne Bronchitis und Conjunctivitis verlaufen sind, liegt es nahe, an eine Verwechselung mit Roseola zu denken. Von schweren Komplikationen kam es in einem Falle zu Iritis; sonst war der Verlauf ein normaler und durchaus nicht schwerer, als nach genitaler Infektion. Besonderes Interesse scheinen die Fälle nachgewiesener Initialaffekte bei Kindern darzubieten, da gerade diese leicht übersehen und verwechselt werden können. Solche Kinder sind es wohl meistens, die, wenn sie herangewachsen, mit Erscheinungen von Spätsyphilis zur Beobachtung gelangen unter der Rubrik Lues hereditaria tarda geführt werden. Aus alledem geht zur Genüge hervor, daſs man in dieser Beziehung auf die Prophylaxe mehr wird Rücksicht nehmen, und ist es Aufgabe des Arztes, die infizierten Personen auf die Folgen durch Küssen, Berührung, Gebrauch derselben Gegenstände aufmerksam zu machen.

Im ärztlichen Lokalverein zu Nürnberg stellt Epstein, den 19. Mai 1892, vor:

1. Zwei Fälle von **Tuberculosis verrucosa cutis.** Der erste, 32 Jahre alt, seit 1886 an Phthise leidend, zeigt auf der Dorsalseite des Metakarpophalangealgelenkes des linken Daumens einen serpiginösen Herd, der nach einer Verbrennung vor zwei Jahren sich entwickelt hat. Im zweiten Falle, bei einer 69jährigen, sonst gesunden Frau, ist der Prozeſs an der Dorsalseite des Mittelfingers ohne nachweisbare Infektionsquelle entstanden. (Die Diagnose in diesem Falle scheint nicht sicher.)

2. Einen Fall von **Lichen planus** bei einem 50jährigen Elfenbeingraveur, seit 1891 auf Handteller, Dorsalseite des Metakarpophalangealgelenkes, Penis und Scrotum bestehend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Jahrgang 1892. Heft V.

1. Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von MAX WOLTERS.

Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die diesbezügliche Litteratur. Die Bezeichnung Sklerodermie ist zuerst von GINTRAC im Jahre 1847 in die Nomenklatur eingeführt worden. THIRIAL war der erste, der im Jahre 1845 die Affektion unter dem Namen „Sclérème des adultes" genau beschrieb. Es steht jedoch fest, dafs die Krankheit auch schon den Alten, so HIPPOKRATES, GALEN u. a., bekannt war. Letzterer beispielsweise versteht unter dem Namen *στέγνωσις* eine Art „Verschliefsung der Hautporen, wodurch die Stoffe nicht mehr entleert werden können. Die innere Wärme erlischt, und der Körper mufs absterben. Derartige Patienten sind leicht erkennbar durch die weifse Färbung, die Härte und Dicke der Haut. Bei angestrengten Übungen erhitzen sie sich leicht, schwitzen aber nicht, etc. Eine Reihe von Publikationen späterer Autoren, wie ALIBERT, CAZANOVA, HENKE u. a., blieb zumeist unbeachtet, bis THIRIAL durch sein Sclérème des adultes wieder die Aufmerksamkeit auf die Affektion lenkte, welche FORGET (1847) als Krankheit sui generis feststellte.

Was die Ätiologie betrifft, so stimmen alle Autoren darin überein, dafs vorwiegend Frauen von der Krankheit befallen werden. Dementsprechend wird die Affektion vielfach mit Menstruationsanomalien in Zusammenhang gebracht. Das Alter wie die Beschäftigung der Patienten spielen keine wesentliche Rolle. Ein Einflufs der Jahreszeit und des Klimas wird von den einen Autoren behauptet, von anderen bestritten. Erkältung wird häufig als Ursache der Krankheit angegeben. Aus zahlreichen Beispielen geht hervor, dafs die Affektion in direktem Anschlusse an Temperatur-Schwankungen entstehen kann, besonders wenn der vorher stark erhitzte Körper plötzlich und andauernd feuchter Kälte ausgesetzt wird. Häufig gehen dem Beginne der Krankheit Muskel- und Gelenkschmerzen voran. Als veranlassende Konstitutionsanomalien werden in der Litteratur angeführt: Skrophulose, Chlorose und Anämie, Morbus Brightii, allgemeine Kachexie, Herzfehler u. a. Als „Nachkrankheit" kann Sklerodermie entstehen nach akuten Infektionskrankheiten: Malaria, Scarlatina, besonders auch nach Pneumonie, Erysipel. Nach Traumen, nach heftigen Gemütsbewegungen hat man Sklerodermie sich entwickeln sehen. Die Vermutung HOPPE-SEYLERS, dafs Mikroorganismen die Veranlasser der Krankheit seien, hat sich bis jetzt nicht bestätigt.

Bezüglich der Symptomatologie gehen die Meinungen der Autoren auseinander. Die einen unterscheiden nach dem Alter ein Sclerema neonatorum und adultorum, die anderen schliefsen das erstere von der Sklerodermie überhaupt aus und halten beide Krankheiten für ganz differente Prozesse. Verfasser neigt zur Ansicht derjenigen Autoren, welche die Identität der Prozesse annehmen. Ebenso wie bei den Neugeborenen kann auch bei Erwachsenen die Erkrankung an den unteren Extremitäten beginnen, mit Ödemen einhergehen, eine Herabsetzung der Temperatur an den befallenen Stellen und eine Alteration in der Hautsekretion herbeiführen.

Auch die bei Erwachsenen selbst an inneren Organen beobachteten Gefäfsalterationen sprechen für die Identität des Prozesses. Man wird daher mit AUSPITZ

annehmen können, daſs es sich bei den Neugeborenen um einen akuten, wegen der geringen Widerstandstähigkeit derselben rasch zum Tode führenden, bei den Erwachsenen um einen mehr chronisch verlaufenden und schliefslich zur Schrumpfung führenden Prozefs handelt.

Prodromalsymptome, die der Krankheit konstant vorangehen, werden in der Litteratur wenig erwähnt. Häufig klagen die Patienten über Jucken, über Hitze und Kälte, Prickeln, Stechen, Ameisenlaufen, letzteres bei den an den Extremitäten lokalisierten Formen, dann auch über neuralgische Schmerzen.

Nach diesen, kürzere oder längere Zeit andauernden Prodromalsymptomen beginnt der eigentliche Prozefs, von dem man drei Stadien unterscheiden kann:

1. das des Ödems,
2. das der Sklerose,
3. das der Atrophie.

Nicht alle Stadien kommen zur Wahrnehmung oder zur Kenntnis des Arztes; dies gilt namentlich vom ersten Stadium.

Bezüglich der Lokalisation und der Weiterentwickelung der Sklerodermie ist ein feststehender Typus nicht zu erkennen. Die Krankheit kann an dem oberen Körperabschnitte, vornehmlich an den Armen, beginnen, aber auch an den unteren Extremitäten, wie dies aus zahlreichen Beispielen hervorgeht, ihren Ausgang nehmen. Die Krankheit kann auf einzelne Stellen beschränkt bleiben oder universell werden, demnach unterscheidet man eine Sclerodermia circumscripta und eine Sclerodermia universalis oder diffusa. —

Die mannigfachen Pigmentationen, welche als Folge von Cirkulationsstörungen seitens der Mehrzahl der Autoren angesehen werden, sind nicht gerade für die Krankheit pathognomonisch.

Was die Sekretion betrifft, so kann dieselbe in den beiden ersten Stadien normal oder im Stadium des Ödems sogar gesteigert sein, während das Stadium atrophicum dieselbe herabsetzen oder völlig aufheben wird.

Die Talgdrüsensekretion scheint in einzelnen Fällen gestört zu sein. Köbner beispielsweise sah eine Akne auf der sklerodermischen Haut auftreten.

Die Sensibilität ist zumeist erhalten. Vereinzelt werden Fälle erwähnt, bei denen die Sensibilität gesteigert oder herabgesetzt war.

Die Angaben über die Temperatur sind in der Litteratur sehr spärlich. Eine Erhöhung der Körperwärme wird von einzelnen Autoren für das akute und progrediente Stadium angegeben, während die folgenden Stadien normale oder subnormale Temperaturen zeigen.

Im Gefolge der Krankheit sind Ulcerationen, Blasen- und Pustelbildung, Erythem, Zona, Impetigo, Ecthyma, Ekzem, Urticaria, Lichen tropicus, Morbus Addisonii und vor allem Erysipel beobachtet worden. Von den einen werden diese Begleiterscheinungen als zufällige, von den anderen als integrierende Bestandteile der Allgemeinerkrankung angesehen.

Die inneren Organe sind mehr oder weniger von der Sklerodermie in Mitleidenschaft gezogen.

Die mehr prodromalen Symptome des Kopfschmerzes, der Migräne, des Juckens, der Neuralgien sprechen dafür, daſs die Krankheit wahrscheinlich von dem Nervensystem ausgeht. Die starke Alteration der Hautdecke ist nicht ohne Einfluſs auf die Stellung der Gelenke und die Funktion der Glieder. Ball hat jedoch nachgewiesen, daſs die besonders bei Sklerodaktylie auftretenden Kontrakturen nicht auf die Härte und Retraktion der Haut, sondern auf eine Retraktion der Muskulatur zurückzuführen

seien. Aus zahlreichen Beispielen anderer Autoren geht hervor, dafs bei der Sklerodermie zweifellos die Muskulatur in Mitleidenschaft gezogen ist.

Verfasser nimmt zwei verschiedene Alterationen in der Muskulatur an. Entweder geht der Prozefs von der Haut und dem Unterhautzellgewebe auf die Fascien und die darunterliegende Muskulatur über, dann entsteht mehr eine perimuskuläre Veränderung, später vielleicht auch eine intramuskuläre. Oder die Muskeln werden primär befallen, der Prozefs ist meist intramuskulär, während die Haut über den erkrankten Stellen völlig intakt sein kann. Auf diese Weise erklären sich die rheumatischen Schmerzen, die bei Sklerodermie auftreten.

Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichte zweier Fälle mit, die in der Bonner Klinik beobachtet worden sind.

II. **Beiträge zur Pathologie der Psoriasis**, von Joseph Schütz. Verfasser hat in den letzten Jahren 100 Fälle aus seiner Privatpraxis einer eingehenden Beobachtung unterzogen und sich Aufzeichnungen über dieselben gemacht.

Von diesen 100 Patienten gehörten 66 dem männlichen, 34 dem weiblichen Geschlechte an. Die Mehrzahl der Fälle (95) stand bei Beginn der Krankheit zwischen dem 9. bis 24. Lebensjahre. Die Psoriasis tritt also in den Entwickelungsjahren, zur Zeit des Wachstums des Skeletts und der Muskulatur, auf.

Hereditär liefs sich in 28 Fällen nachweisen. Ein Überspringen der Psoriasis von den Grofseltern auf die Enkel beobachtete Verfasser nie.

In allen Fällen ohne Ausnahme bestand eine relativ starke Behaarung des Kopfes, wie des Körpers, wobei die dunkelbraune Farbe des Haares die vorherrschende war. Rotes Haar war bei keinem Falle vorhanden.

Im allgemeinen waren die Patienten gesunde, kräftige Personen.

Was die Lokalisation betrifft, so kennt die Psoriasis keine Stellen, an denen sie nicht gelegentlich aufträte. Recidive kehren sich nicht streng an die Lokalisation früherer Ausbrüche; wo aber dieselben Stellen wiederholentlich befallen werden, ist die Psoriasis sehr hartnäckig. Die Ausbreitung ist meist symmetrisch.

Fufssohlen und Handteller, obere Augenlider, Schleimhäute waren stets frei von Psoriasis. Verfasser unterzieht besonders die Psoriasis unguium einer eingehenden Betrachtung. Unter den 100 Fällen fand Sch. 11 mal Psoriasis unguium. Die primäre Erkrankung der Nägel wird in den Lehrbüchern, wie auch selbst in der Litteratur mit keinem Worte erwähnt. Verfasser glaubt nach seinen Beobachtungen, streng zwischen der primären Nagelerkrankung durch Psoriasis und der sekundären Mitbeteiligung des Nagels bei Psoriasis unterscheiden zu müssen; erstere ist als Psoriasis der Nagelmatrix (Psoriasis unguium im eigentlichen Sinne), letztere als eine Erkrankung der Nagelplatte infolge einer im Nagelbette aufgetretenen Psoriasis anzusehen. — Verfasser bespricht im folgenden eingehend das klinische, wie pathologisch-anatomische Bild der primären Psoriasis unguium, sodann auch die Histologie excidierter Hautstückchen von Psoriasispatienten. Von besonderem Interesse war bei der mikroskopischen Untersuchung der Befund des elastischen Gewebes. Verfasser bediente sich zur Färbung desselben einer eigenen Methode. Die Härtung geschah im Flemmingschen Gemisch. Zur elektiven Färbung der elastischen Fasern wurden zwei Raumteile kalt gesättigter, wässeriger Pikrinsäurelösung mit 1 Raumteil Karbolfuchsinlösung in ein Reagensglas gebracht, geschüttelt und in ein Schälchen gegossen. Das entstandene Gemisch ist schmutzig-dunkelgrün. Sofort nach der Mischung wird der zu färbende Schnitt mittelst Spatels aus dem Spiritus in die Farbflotte übertragen. Der Schnitt verweilt etwa 5 Minuten auf der Oberfläche der Farblösung, die nicht mehr geschüttelt werden darf; sodann wird derselbe wiederholentlich in Wasser ausgewaschen und hierauf ganz kurz in

absolutem Alkohol entwässert; sodann Aufhellung in Cedernöl und Einbettung in Kanadabalsam. Die mikroskopische Untersuchung zeigt deutlich, dafs das elastische Organ der Haut bei Psoriasis, wie die Zellen selbst zu einer vermehrten Entwickelung gelangt ist.

Was die Prognose betrifft, so war dieselbe bei denjenigen Fällen am günstigsten, welche noch nicht behandelt waren, oder nur wenige Recidive durchgemacht hatten.

Therapeutisch wirkten bei richtiger Auswahl die alten Mittel Arsen, Teer, Chrysarobin, Pyrogallussäure am besten. Arsen leistete ohne äufsere Behandlung, namentlich beim primären Ausbruch von Psoriasis, gute Dienste. In zwei Fällen half, nachdem die anderen Mittel versagten, die von Lang und die Psoriasistherapie eingeführte Rufigallussäure. — Bei zwei Patienten mit universeller Psoriasis trat beim Aufenthalt im Höhenklima (während der Ferienzeit) spontane Heilung ein.

Am Schlusse der vorliegenden Arbeit werden die wesentlichsten Punkte noch einmal hervorgehoben. *C. Berliner-Aachen.*

In seinem **klinischen, statistischen und therapeutischen Berichte** über die im „Spitale der Unheilbaren" in Neapel behandelten Kranken (letztes Vierteljahr 1891) erwähnt Oro Mario (Gaz. delle Cliniche, No. 14—15, 1892) die Resultate seiner antiluetischen Therapie mittelst subkutanen Injektionen von Hydrargyrum thymoloaceticum. Dasselbe kam unter 152 Fällen von Lues in verschiedenen Stadien 61mal zur Anwendung, und zwar in Dosen von 0,075 (in Vaselinöl) in 8- bis 10-tägigen Intervallen. Im Mittel waren zur Heilung 3 bis 4 Injektionen notwendig. Das Medikament bewährte sich sowohl in den früheren, als in den späteren Stadien der Erkrankung; 6mal blieb es ohne jede Wirkung. Dem Kalomel soll es vorzuziehen sein wegen seines minimalen lokalen Reizes (niemals Abscesse). Andererseits mufs seine Darreichung wegen der relativ häufigen Provokation von Stomatitis (30%) genau überwacht werden. Bezüglich des Dermatols in der Dermatotherapie kommt O. zum Schlusse, dafs es in seiner Wirkung dem Jodoform bedeutend nachstehe bei ausgedehnten chronischen, torpiden Geschwüren, jedoch gute Dienste leisten könne bei kleineren, gut granulierenden Ulcerationen.

Unter den Hautaffektionen (25 Fälle) figuriert 1. ein Fall von tuberkulo-ulcerösem Lupus der Nase, welcher sehr vorteilhaft mit Resorcin behandelt wurde; die Patientin starb jedoch kurze Zeit danach an Lungentuberkulose; 2. ein Fall von multiplem, idiopathischen Pigmentsarkom, welcher durch subkutane Injektionen von Solutio Fowleri gebessert wurde. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Ätiologie der Cystitis, von J. Schnitzler. (Wien und Leipzig 1892, Wilhelm Braumüller.) Verfasser hat unter Weichselbaums Leitung 25 Fälle von Cystitis genau untersucht; in 24 war der Urin ammoniakalisch, in einem sauer, doch fand sich bei diesem keine Tuberkulose: 15mal fand sich nur eine Bakterienart, 10mal waren 2 oder mehr Arten vertreten; am häufigsten, 17mal, fand sich ein Bacillus, den er für identisch mit dem Proteus Hauser ansieht; zu einem genauen Referat eignet sich die umfangreiche und interessante Arbeit wenig; es empfiehlt sich, die zahlreichen Versuche, die Verfasser mit den von ihm gezüchteten Bakterien anstellte, und die Schlüsse, die er daraus auf die Ätiologie der Cystitis zieht, im Original nachzulesen. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Hautperspiration bei Kindern im physiologischen und pathologischen Zustande (bei Scharlach und Nierenentzündung), von D. Ssokolow. (*Archiv f. Kinderheilk.* Band XIV. Heft 5. No. 12. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 67.) Verfasser prüfte die Menge des perspirierenden Wassers mittelst eines auf den Leib des Kindes gesetzten Apparates nach Bestimmung des Feuchtigkeitsgehalts der Luft, des Luftdruckes, der Temperatur und des Gewichtes des Patienten. 250 Bestimmungen an 35 gesunden Kindern ergaben: Die Hautperspiration ist umgekehrt proportional den relativen Feuchtigkeitsprozessen in der Luft und direkt proportional den Temperaturveränderungen. — Der atmosphärische Druck scheint keinen merklichen Einfluſs auf die Perspiration auszuüben. — Die Perspiration ist um so geringer, je älter das Kind ist. — Nach dem Mittagessen, nach Genuſs heiſser Getränke steigt die Perspiration; sie sinkt bei Zunahme der Körpertemperatur infolge der erhöhten Wärmeabgabe. — Firnissen der Haut (Vaselin) vermindert die Perspiration. —

Beim Scharlach wurden 300 Untersuchungen bei 30 Kindern vorgenommen Die Hautperspiration ist beim Scharlach vermindert, und zwar am meisten, wenn Albuminurie besteht; die Ödeme an sich machen keine Änderung; dieselbe nimmt aber ab vor und während des urämischen Anfalls. Ganz langsam nur kehrt die Perspiration zur Norm zurück. Die Verminderung wird nicht durch die Hyperämie der Haut, sondern durch Anomalien in der Thätigkeit der Hautdrüsen bewirkt.

Verfasser ist geneigt, die Albuminurie durch die Abnahme der Hautthätigkeit und dadurch bedingte Retention reizender Stoffe zu erklären.

Der Schluſs, den Verfasser aus diesen Untersuchungen zieht, geht dahin, die Hautperspiration der Scharlachkranken anzuregen; warme, trockene Luft soll durch heiſse Wärmflaschen und heiſse Sandsäcke erzielt werden, heiſse Bäder (30° R.), warme Milch als Getränk sollen verabreicht werden. Nur bei sehr hoher Temperatur kann man von der strengen Handhabung dieser Maſsnahmen absehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Hautsinn, von M. Dessoir. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, Physiol. Abtlg., 1892, Heft III u. IV.) Die ausführliche, von originellen und wertvollen Untersuchungen reiche und scharf kritisch gehaltene Arbeit zerfällt in zwei Abschnitte: einen allgemeinen, mehr philosophisch-psychologisch gehaltenen Teil über die Lehre von den Empfindungen überhaupt:

(1. Begriff der Empfindung; 2. Gesetz der spezifischen Energie; 3. „Objektivierung" von Wahrnehmungen; 4. Einteilung der Wahrnehmungen), der nur schwer im Auszuge wiederzugeben und daher besser im Originale nachzulesen ist, und einen

2. speziellen Teil über den Temperatursinn, dessen Hauptpunkte wir hier möglichst kurz und nur referierend vorführen wollen.

I. Stellung des Temperatursinnes. Verfasser weist schon aus theoretischen Gründen, die Herzensche Lehre, der Temperatursinn zerfalle in zwei Sinne, Wärme- und Kältesinn, als unlogisch zurück und hält dafür, daſs Wärme- und Kältempfindung als Qualitäten eines und desselben Sinnes aufgefaſst werden müssen. Dieser Anschauung stehen aber vor allem die Befunde von Blix, Goldscheider und Donaldson gegenüber, die sogar von spezifischen Kälte- und Wärmenerven sprechen, durch deren

Reizung, mag dieselbe thermisch, chemisch oder mechanisch sein, mag dieselbe am Endorgane oder in der Kontinuität des Nervenstammes erfolgen, bei den einen stets Kälte, bei den anderen stets Wärme empfunden wird. — Nach sorgfältigen, von GOLDSCHEIDER persönlich vorher kontrollierten Versuchen, konnte Verfasser die GOLDSCHEIDERschen Resultate bei flächenhafter und punktförmiger Reizung der Haut nicht bestätigen. An 16 Versuchspersonen stellte Verfasser die GOLDSCHEIDERschen Versuche auf Temperaturpunkte an, ohne zu entsprechenden Resultaten zu gelangen. — Um die Frage nach der modalen Natur allfälliger Temperaturwahrnehmungen zu entscheiden, versuchte Verfasser die Nerven unmittelbar zu reizen. Doch weder durch Messingstifte, die er sorgfältig in die Haut einbohrte und dadurch noch die verschiedenen Schichten mechanisch und auch elektrisch reizte, noch durch subkutane Injektionen von warmem und kaltem Wasser gelang es ihm, die Nerven zu Temperaturempfindungen anzuregen. (Immerhin ziemlich rohe und unsichere Versuche. D. Ref.) Aus diesen negativen Versuchsresultaten folgerte Verfasser, dafs der Endapparat des Temperatursinnes ein einheitlicher ist und in unmittelbarer Abhängigkeit zur Art des Reizes steht. Also auch das Experiment spricht für die Identität von Wärme- und Kältesinn! — Wärme- und Kälteempfindung denkt sich V. als einen chemischen Molekularvorgang, indem z. B. bei Kälteempfindung, wodurch die Hautwärme durch Abgabe nach aufsen sinkt, der Endapparat sich ausdehnt, dadurch einen ganz bestimmten Reiz auf den Nerv ausübt, der durch „indifferente Nervendrähte an die Centralstation gemeldet wird". Ein analoger andersartiger Reiz gelangt bei Wärmeempfindung zum Centrum. — Eine Reihe weiterer Versuche liefs folgende Sätze bestätigen: 1. Schwache bis mäfsig starke Reize erregen Lustgefühle; 2. dauernde Temperaturreize werden abwechselnd bald sehr deutlich, bald verschwommen empfunden; 3. von mehreren aufeinanderfolgenden gleichen Temperaturen werden die ersten gleichmäfsig, die folgenden verstärkt, die letzten abgeschwächt empfunden. — Versuche über elektrische Reizung der Nerven in ihrem Verlaufe fielen unentschieden aus; der gröfsere Teil der Versuchspersonen hatte hierbei keine Temperaturempfindung.

II. Untersuchung des Temperatursinnes an sich. a) Anatomisches Zur Erforschung der Temperaturempfindungen mufsten vor allem die peripheren Sinneswerkzeuge histologisch untersucht werden. SCHIFF spricht die ganze Haut als thätigen, temperaturempfindenden Apparat an; wahrscheinlicher aber ist, dafs die Temperaturempfindung an besondere Terminalorgane gebunden ist. Soviel Forscher danach gesucht haben, so widersprechend und unsicher sind auch die Resultate; auch die GOLDSCHEIDERschen Untersuchungen sind nicht einwandsfrei. Da sich Verfasser mit keinem der gemachten Befunde einverstanden erklären konnte, so suchte Verfasser durch eigene Untersuchungen das Problem zu lösen. Es mufsten solche Hautstellen durchforscht und mit physiologisch vollständig funktionierenden Flächen verglichen werden, an denen alle Hautempfindungen, mit Ausnahme der Temperaturempfindungen, sich auslösen liefsen. Auf experimentellem Wege fand Verfasser, dafs vom menschlichen Körper die respiratorische Schleimhaut der Nase, dann der Oesophagus von der Gegend des Ringknorpels bis zum Magen abwärts, sowie Zahnpulpanerv für Temperaturreize unempfindlich war. Auch die Eichel verhielt sich gegen Temperaturen gänzlich indifferent, während nach Circumcision „Anklänge von Temperaturempfindungen" vorzukommen schienen. — Die histologischen Untersuchungen sind noch nicht beendet, doch scheint sicher zu sein (Osmium- und Goldmethode), dafs in der Glans penis die sogenannten freien Endigungen von TOMSA fehlen. —

b) Pathologisches. Die einzig von HERZEN gemachten Versuche über den Ort des Temperatursinnes in Rückenmark und Hirn und dessen aus einem einzigen Katzen-

versuche gezogenen fünf Schlufsfolgerungen hält Verfasser mit Goldscheider teils den Thatsachen überhaupt nicht entsprechend, teils nicht hinlänglich begründet. Verfasser stellte auf sehr einfache und geistreiche Weise experimentell fest, dafs (bei Hunden) der Gyrus symoides des Grofshirns der Sitz der Temperaturempfindungen ist. — Die bei Hirn- und Rückenmarksleiden gefundenen Sensibilitäts- und Temperaturstörungen sind so widersprechend, die Schwierigkeiten, mittelst Sektion nur die normale Beschaffenheit bestimmter Regionen festzustellen, so schwierig, dafs man sich einstweilen eines Urteils enthalten mufs. — In Bezug der von Weber, Schiff etc. behaupteten Thermoanästhesie bei Narben fand Verfasser bei 8 Personen, dafs bei Mangel der Epidermis weder Wärme noch Kälte gespürt wurde; lag jedoch noch Epidermis auf, so bestand eine mehr oder weniger grofse Temperaturempfindlichkeit! — Die Befunde Nothnagels, Erbs etc., dafs nach längerer Einwirkung von Wärme oder Kälte auf die Haut die Temperaturempfindlichkeit herabgesetzt wird, konnte Verfasser nach eigenen Versuchen bestätigen. Blutfülle setzt die Empfindung herab; Anämie erhöht sie: stimmt also mit Alsberg überein. — Einen Einfluss der galvanischen Elektrizität auf Temperaturempfindung mufs Verfasser nach gemachten Versuchen verneinen. — Einen deutlichen Einfluss übt innerliche und äufserliche Anwendung bestimmter Medikamente aus.

Menthol erzeugt (extern) Kältehyperanästhesie, Kokain macht die Schleimhaut für Druck und Schmerz anästhetisch, ohne ihre Wärme- und Kälteempfindlichkeit herabzusetzen. Umgekehrt tritt bei Injektion von Kokain zuerst die Unempfindlichkeit für strahlende, etwas später für Berührungstemperatur, zuletzt für elektrische und schmerzhafte Reize ein. — Analog ist der Einfluss einer Morphiuminjektion. — Kalium bromatum und Chloralhydrat verursachen nur eine Herabsetzung der Temperaturempfindung, bei Koffein und Cognac geht der Abnahme eine Zunahme voran. Durch Sinapismen wird (wie Nothnagel schon berichtet) Tast- und Schmerzempfindlichkeit an der gereizten Stelle erhöht. — Aus diesen pathologischen Fällen läfst sich der Schluss ziehen, dafs der Temperatursinn in einem bestimmten Umfange unabhängig von den übrigen Sensibilitätsmodalitäten ist und am nächsten dem Schmerz steht. Die Untersuchung an Narben und Senfpflastern zeigt die Temperaturempfindung an die tieferen Schichten der Epidermis gebunden.

c) Physiologisches. Bemerkenswert ist der gegenüber den seitlichen Partien stumpfere Temperatursinn der Medianlinie des Körpers. Die Temperaturempfindlichkeit der linken Körperseite ist gröfser als die der rechten Seite. Die Untersuchungsresultate des Verfassers über die Temperaturempfindlichkeit an verschiedenen Hautstellen decken sich mit denen von Nothnagel und Pollitzer, die Temperaturempfindungskreise mit denen Goldscheiders. Bestimmung der Grenzen des Temperatursinnes, d. h. der Temperaturgrenzen, wo Schmerzen eintraten, ergab eine am Rücken, gegenüber dem Oberarm erhöhte, d. h. die schmerzhaften Temperaturgrenzen lagen am Rücken weiter auseinander. Empfindungsstärken sind ziemlich proportional den Reizgröfsen, d. h. ein doppelt so grofses auf die Haut gelegtes Eisstück löst auch in doppelt so kurzer Zeit Schmerz aus. Am schlechtesten ist das Temperaturunterscheidungsvermögen bei Temperatur zwischen — 3 bis + 14° C. und + 37 bis + 48° C., besser zwischen + 15 bis + 26° C. und + 33 bis + 36° C., am feinsten zwischen + 27 bis + 32° C.

III. Verhältnis des Temperatursinnes zu der Berührungs- und Schmerzempfindung. Vermittelst komplizierter Versuche und Apparate, die Verfasser eingehend beschreibt, stellt Verfasser folgende Sätze fest: Vergröfserung der Reizfläche hat Verkürzung der Druckreaktion zur Folge. Eine Prüfung der Empfindlichkeit verschiedener Körperstellen kam zum überraschenden Resultate, dafs zuerst Nacken, dann Stirn, Zunge, Oberarm und erst dann die Fingerspitze (Zeigefinger) auf Tastempfindung

reagierte. — Die Topographie des an Reaktionen meſsbaren Wärme- und Kältesinnes stimmt mit der GOLDSCHEIDERschen überein.

Unter IV, Theorie des Temperatursinnes, faſst Verfasser noch kurz die Resultate seiner eingehenden und umfassenden Untersuchungen zusammen. Eine eingehende Kritik dieser wertvollen Arbeit verspart sich Referent auf eine andere Stelle.

Heuſs-Zürich.

Ist Keratin, speziell das Mark von Hystrix, ein Glutinbildner? von O. LIEBREICH. (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, Bd. 40, Heft 2.) Durch Vorversuche stellte zunächst L. fest, daſs reines Keratin (entfettetes Kuhhorn) auch nach 30stündigem Kochen keine Leimreaktion gab, also kein Glutin oder Chondrin lieferte. — Das Mark der Stacheln von Hystrix, auf gleiche Weise behandelt, verhielt sich ebenso (es wurde durch Sublimat wie das Keratin überhaupt gefällt), woraus L. schlieſst, daſs „das Mark von Hystrixstacheln wohl Glutinbildung durch das Gelatinieren der erhaltenen Lösungen vortäuscht, daſs dasselbe in Wirklichkeit sich nicht in Glutin umsetzt, sondern keratiner Natur ist, also der Epidermis angehört".

Heuſs-Zürich.

Über die Verhornung. Vortrag von Prof. ZANDER in der biologischen Gesellschaft zu Königsberg i. Pr., den 7. November 1892. Der Vortragende berichtet kurz seine bekannten Ansichten über die Frage der Verhornung und das Verhältnis des Keratohyalins zum Eleidin. Der bemerkenswerteste Punkt ist, daſs Z. die Keratohyalinkörnchen schon als Keratin ansieht, die Verhornung im Innern der Zelle von der Umgebung des Kernes aus vor sich gehen läſst. Betreffs des Eleidins ändert Z. seine früher ausgesprochene Ansicht, daſs es identisch ist mit dem Hyaloplasma, dahin, daſs es doch eine schon metamorphosierte Substanz ist, die nicht einfach mit mit dem Zellsaft identifiziert werden kann. — In der Diskussion hebt JESSNER hervor, daſs es doch Autoren giebt, die die Ansicht des Vortragenden nicht teilen, und die, UNNA an der Spitze, besonders auf Grund der Verdauungsmethoden, die Verhornung nur im Zellmantel vor sich gehen lassen. Das Keratohyalin ist nach diesen Autoren kein Keratin, sondern ein Degenerationsprodukt des Eiweiſs, dessen Entstehung parallel geht der Hornbildung. Prof. ZANDER, unterstützt von Prof. STIEDA, weisen diese Ansicht von der Hand: die Verdauungsmethode ist nicht maſsgebend, und die histologische Methoden von UNNA nach ihrem Dafürhalten zu mangelhaft, als daſs sie Berücksichtigung finden könnten.

(Ohne die Zweifel an dem Werte der Verdauungsmethode als ganz ungerechtfertigt zu halten, glaube ich doch, daſs die einfache Behauptung: „die Methoden des Vertreters der gegenteiligen Ansicht sind nicht maſsgebend", keine Widerlegung einer Ansicht sind. Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Spinalganglien des Kaninchens, von J. GAULE. (*Centralblatt für Physiologie.* No. 11. 1892.) — Verfasser hat durch Verletzungen der Halsganglien des Sympathicus (meist des IV.) mittelst Kauterisation oder Einstich, nach vorhergegangener subperiostaler Loslösung desselben, beim Kaninchen eine Reihe von Störungen hervorgebracht, von denen diejenigen, die auf die Haut Bezug haben in punktförmigen Hämorrhagien, fleckenartigen Sugillationen und Blasenbildungen bestanden (unter 40 Experimenten siebenmal). Diese Erscheinungen traten bereits ein bei Verletzung nur eines Ganglions, steigerten sich aber (Bildung telangiektatischer Mäler), wenn sich die Operation auf deren mehrere oder auf zwei symmetrische ausdehnte, und dauerten dann in letzterem Falle auch länger an. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Die Lepra im transkaukasischen Gebiete, von J. J. Pantjuckow. *Russkaja medicina* 1891, No. 8. *Deutsche Medizinal-Ztg.* 1892, No. 19). Im transkaukasischen Gebiet finden sich neben mehr vereinzelten Fällen zwei Kreise, in denen die Lepra endemisch ist; der swanetische und karsische Kreis. In ersterem leben die Kranken streng isoliert in den Höhlen der ingurischen Berge; in letzterem zum Teil zerstreut unter der Bevölkerung. Besonders nimmt die Lepra tuberosa oft ungeheure Dimensionen an; nicht selten ist auch die sogenannte Vitiligo vorhanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In Bogota (Südamerika) ist Agua de Dios in Kolumbien das Dorf der **Leprakranken**; dasselbe liegt 400 m über dem Meeresspiegel und gilt als sehr gesund. 520 Kranke, 1/3 der Ortseingesessenen, sind in dem Dorfe und verkehren mit den Gesunden ungehindert, heiraten vielfach mit denselben. Ansteckung soll dabei nicht erfolgt sein, wohl aber sind die Kinder aus solchen Ehen nahezu alle leprös.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Committee* No. 4.
Herausgegeben von P. S. Abraham.

Bericht über Lepra in Neu Süd Wales.

Vom Sekretär des Gesundheitsrates in Sydney (dd. 13. Mai 1891).

Einzelne Fälle von Lepra unter den Einwohnern europäischer Abstammung in der Kolonie sind bereits im Anfang der siebziger Jahre beobachtet worden, aber es ist erst in letzter Zeit eine wesentliche Zunahme des Leidens konstatiert worden. Infolgedessen ist im Jahre 1890 durch Beschluſs des Kolonialparlamentes ein Gesetz zum Zwecke der zwangsweisen Isolierung aller Leprakranken erlassen worden. Es ist auch obligatorische Anzeigepflicht eingeführt worden; ein besonderes Leprahospital ist in Little Bay eingerichtet worden, und der Gesundheitsrat hat die Befugnis, Leprakranke in diesem Lazarett oder in ihren eigenen Wohnungen, je nach ihrem Gutdünken, zu internieren. Bisher wurden Leprakranke im Coast Hospital, Little Bay, verpflegt; von 1883 bis 1891 sind 25 Fälle dort aufgenommen worden, von denen 10 gestorben sind. In den übrigen australischen Kolonien scheint das Leiden nur sporadisch vorzukommen. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind aber bereits 4 neue Fälle in Neu Süd Wales konstatiert worden. Von den 15 jetzt in Little Bay lebenden Leprakranken sind der Abstammung nach 8 Chinesen, 6 Europäer und 1 Javaneser.

Lepra in den russischen Ostseeprovinzen, von P. Hellat.

Auf Grund seiner dreijährigen Nachforschungen schätzt H. die Zahl der Leprakranken in dieser Gegend auf etwa 2% der Gesamtbevölkerung. Dieses überraschende Ergebnis hat denn auch die Regierung veranlaſst, der Frage näher zu treten, und es sind Schritte geschehen, um in Dorpat, Riga und auf der Insel Ösel Lepraheime zu errichten. Verfasser erwartet von diesen Maſsregeln die besten Erfolge da er fest überzeugt ist, daſs die Krankheit sich nur durch Infektion fortpflanzt. Diese seine Ansicht stützt er durch folgende schwerwiegende Gründe: 1. Das endemische Vorkommen der Krankheit an manchen Stellen, die sich von leprafreien Gebieten klimatisch, topographisch, hygienisch oder durch die sozialen Verhältnisse unterscheiden; 2. die schnelle Vermehrung bei Freiheit des Verkehrs und die Verminderung bei Ergreifung von Isolierungsmaſsregeln; 3. das regelmäſsige Vorkommen des Bacillus, wenigstens bei der tuberösen Form; 4. klinische Erfahrungen, wie die

folgende: ein aus einer leprafreien Gegend stammender junger Mann wird zum Militair eingezogen und in eine Lepragegend versetzt; er erkrankt nach zwei Jahren an Lepra tuberosa, kehrt nach Hause, wo er bei seiner Mutter wohnt, die ihrerseits nach zwei Jahren an Lepra anaesthetica erkrankt; 5. Nahrung, Klima, Wohnungsverhältnisse haben keinen Einfluſs auf die Entstehung des Leidens; 6. Unreinlichkeit trägt zur Verbreitung desselben bei; 7. auf Erblichkeit kann dasselbe nicht beruhen, unter anderem geht dies aus der Thatsache hervor, daſs Verfasser die Krankheit zweimal bei Leuten in den Siebzigern sich hat entwickeln sehen.

Das Leprahospital in Rio de Janeiro, von A. Lima.

Bereits seit ungefähr der Mitte des vorigen Jahrhunderts besteht in Rio Janeiro ein Leprahospital, welches jetzt im stande ist, 200 Kranke aufzunehmen; indessen erreicht die Zahl der Insassen niemals diese Höhe, sondern schwankt zwischen 35 und 86. Augenblicklich beträgt dieselbe 66, von denen 46 Männer und 20 Frauen sind. Das Alter der im Laufe der Zeit aufgenommenen 1812 Kranken variierte zwischen 3 und 85 Jahren. Die meisten der Fälle fielen ins 18. bis 50. Jahr, ein Umstand, der an sich gegen die Lehre der Heredität des Leidens spricht. Verfasser glaubt entschieden an die Kontagiosität der Lepra und erwähnt unter anderem, daſs ein Koch in der Anstalt, der 38 Jahre ganz gesund geblieben war, schliefslich doch die Krankheit in typischer Form acquirierte. Ebenso entwickelte sich dieselbe bei einem 30jährigen, hereditär nicht belasteten Brasilianer, der im Hospital acht Jahre bei Tische aufgewartet hatte. Besonders lehrreich ist folgende Beobachtung: Ein Ehepaar, in Brasilien geboren, aber von Abstammung Deutsche, hatte fünf Kinder; die ersten beiden unter denselben waren gesund, das dritte erkrankte mit drei Jahren an Lepra, blieb aber im Hause; innerhalb sechs Jahren erkrankten die beiden jüngsten Kinder, und erst zwölf Jahre nach ihrer Verheiratung acquirierte die Mutter ebenfalls das Leiden. Nach weiteren vier Jahren erkrankte auch der Gatte, der bis dorthin gesund geblieben war, auch an Aussatz.

Als häufigste Todesursachen nennt Lima Erkrankungen der inneren Organe, namentlich die lepröse Phthise, lepröse Hepatitis, Nephritis und Enteritis. Er habe in zahlreichen Fällen bei den Autopsien durch mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigt und glaubt, daſs der visceralen Lepra eine viel gröfsere Bedeutung zukommen dürfte, als man bisher geglaubt hat.

Was schliefslich die Therapie betrifft, so giebt er zunächst Acid. gynocardic., das Öl der Gynocardia odorata nebst Karbolsäure, und bei fieberhaften Erscheinungen Salicylsäure. Ferner erwiesen sich Einreibungen mit Ichthyol, Chrysarobin und Pyrogallussäure nützlich. Gröfsere lepröse Tumoren wurden mit Einreibungen mit Sublimatvaselin erfolgreich behandelt oder nöthigenfalls mit dem Thermokauter von Pacquelin. Alle Versuche, den Aussatz der inneren Organe zu behandeln, hatten nur eine palliative Wirkung.

b. *Tuberkulose.*

Fedorow hat erfolgreiche Versuche gemacht, den **Haut-Lupus** mit **Chlorzink-Einspritzungen** zu behandeln. Er bediente sich dazu einer 10prozentigen Lösung. Die einzelnen Herde wurden durch Kokain-Umschläge zuerst möglichst analgetisch gemacht und alsdann in ihre Umgebung je nach der Gröfse des Heerdes 2—4 Einspritzungen von je ½ Pravaz-Spritze obiger Lösung gemacht, so daſs auf jede Einspritzung 0.005 Zinkchlorat kamen. In einer Sitzung wurden höchstens 10 Einspritzungen ausgeführt; die nächste Sitzung folgte immer erst nach acht Tagen, in der Zwischen-Zeit Glycerinumschläge. Im Anfang ziemlich heftige Schmerzen. Heilung in 14 bis 20 Tagen. (*Journ. des. mal. cut. et syph.* 1892. S. 473.) *Türkheim-Hamburg.*

Heilung eines tuberkulösen Drüsenknotens durch die sklerogene Lannelongue'sche Methode, von Moncorvo. (*Journal des mal. cut. et syph.* 1892. S. 457.) Ein auf Phthise stark verdächtiges, schlecht genährtes 11jähriges Mädchen hatte neben anderen Leiden — Lues congenita; Malaria — in der linken Unterkiefergegend eine eiförmige Drüsengeschwulst von 6 cm im längsten Durchmesser; dieselbe fühlte sich etwas hart an, hatte glatte Oberfläche, war mit der Haut nicht verwachsen und bereitete dem Kinde keine Schmerzen.

Nachdem das Kind von seiner Malaria geheilt war, erhielt es monatelang täglich 0,1—0.4 Aristol innerlich, im ganzen 44 g. Indessen wurde der Tumor dadurch nicht beeinflufst. Nun entschloss sich M. zu dem Lannelongue'schen Verfahren und spritzte dem Kinde am 1. Oktober in der Peripherie der Geschwulst 4 Tropfen einer Lösung von Zinkchlorat 2.0 : Aq. dest., 40.0 ein. Diese Einspritzung wurde am 5., 8. und 13. wiederholt. Der Tumor wurde danach eine Zeit lang recht schmerzhaft. Zwischen dem 28. Oktober und 11. November 2 weitere Einspritzungen von je 3 Tropfen. Am 11. und 26. November je eine Einspritzung mit einer stärkeren Lösung. Der schon ziemlich geschrumpfte Tumor fing nun an, sich in 2 Teile zu teilen. — M. sah jetzt von jedem weiteren örtlichen Eingriff ab; die Geschwulst verkleinerte sich zusehends, spaltete sich in drei Teilchen, die am 15. März nur noch als drei kleine Knötchen zu fühlen sind. *Türkheim-Hamburg.*

Tuberkulin und die lebende Zelle. (Eine Untersuchung über die Frage, wie beide sich gegenseitig unterstützen im Kampfe gegen Tuberkulose.) Von C. Denison. (*Med. News.* 17. Sept. 1892.) Verfasser hat während der letzten 15 Monate 48 Fälle von Tuberkulose mit Tuberkulin behandelt und kommt zu dem Resultate, dafs bei Auswahl geeigneter Fälle, wo die Krankheit nicht bereits zu weit vorgeschritten ist, und bei passender Nebenbehandlung mittelst guter Nahrung, frischer Luft, reichlicher Bewegung im Freien und Lungengymnastik, die Erfolge nichts zu wünschen übrig lassen. Die Modifikationen von Klebs und Hunter hält er für unzweckmäfsig. Man müsse mit den kleinsten Dosen anfangen und nicht zu schnell steigern, überhaupt die Behandlung nicht übereilen. 13 von den Fällen mit einer Behandlungsdauer von $3^1/_2$ Monaten im Durchschnitt hält er für völlig geheilt. Bei den übrigen Kranken sind die Resultate, zum Teil auch aus äufseren Gründen, zum Teil auch aus sehr einleuchtenden anderen Ursachen, nicht so günstig. Verfasser bespricht auch ziemlich ausführlich die klinischen Erscheinungen bei der Behandlung und die physiologischen und anatomischen Erscheinungen. *Philippi-Nieheim.*

c. *Syphilis.*

Zur Frage der Excision der Initialsklerose, von Dr. Gerber. (*Therap. Monatsh.* 1892. No. 10.) Am 17. Dezember 1890 konsultierte den Verfasser ein Kandidat der Medizin, der am 11. Dezember eine Puella publica coitiert hatte, von der er am nächsten Tage gehört hatte, dafs sie im Besitze einer floriden Lues sei. Eine kleine Rhagade, wie solche sich auch öfters an dem inneren Blatte seines Präputiums gezeigt, habe er auch am Morgen nach diesem Coitus bemerkt, mit dem Lapisstift gebeizt und dann mit Jodoformkollodium bestrichen. Nichtsdestoweniger verlangte er die Excision. Trotz genauester, auch mit der Lupe vorgenommener Besichtigung am ganzen Penis konnte Verfasser nichts auch nur im entferntesten Verdächtiges entdecken. Die kleine Rhagade war verheilt; dennoch wurde die Präputialhaut an der Stelle der vermeintlichen Laesio continui mit der Pinzette angehoben und ein sehr ausgiebiges Stück mit der Schere abgetragen, dann vernäht. Die Wunde heilte per primam und blieb weich. Auch an keiner anderen Stelle zeigte sich in den nächsten

Wochen eine Induration. Ende März erkrankte Patient mit leichtem Fieber an einer typischen Roseola.

In einem anderen Falle handelte es sich um eine Induration bei einem 18jährigen Mädchen an der Oberlippe, die als einfache Rhagade mit einem Schorf bedeckt sich darstellte. Die Ränder waren etwas kallös, aber nicht härter, als man dies bei den sogenannten zersprungenen Lippen häufig sieht. Die Rhagade wurde mit einem kleinen Keilschnitt umschnitten, die Wunde vernäht. Sie heilte glatt, doch bildete sich eine kleine, nicht ganz linsengroſse, wenig deutliche, aber doch unleugbare Verhärtung. Zugleich zeigten sich Drüsen am Halse; drei Wochen später Roseola.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen, von A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 41.) Der erste Kranke hatte nach der ersten Einspritzung (Hydrargum salicylicum und Paraffinum liquidum) gewisses Angstgefühl mit Hustenreiz, welche schnell nachlieſsen. In der Nacht Stiche in der rechten Seite, angestrengte Atmung. Die Schmerzen verringerten sich am Tage, wurden nachts stärker. Am nächsten Tage bestand geringe cyanotische Gesichtsfarbe, rechte Brusthälfte beteiligt sich an der Atmung nicht, Zwischenrippenräume eingezogen. Atmung oberflächlich 25—30. Vorn von der vierten Rippe bis zur Leber etwas gedämpft tympanitischer Schall, kein Atmungsgeräusch, hinten abgeschwächtes Vesikuläratmen. Am Herzen nichts Abnormes. Sputum ziemlich reichlich, schleimig, Blutstreifen. Der Zustand besserte sich, und nach 8 Tagen Heilung. In ähnlicher Weise verliefen noch zwei andere Fälle. Diese Erscheinungen lassen sich wohl nur durch die Annahme einer Einwanderung von flüssigem Paraffin mit Hg in die Lungen erklären, indem wahrscheinlich eine Muskelvene angestochen wurde. Der Zwischenfall ist an und für sich kein so bedenklicher, daſs er verhindern sollte, die Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Quecksilbersalzen, die ein so groſser Gewinn ist, völlig fahren zu lassen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Beziehung der Syphilis zur Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, von Heinrich Schmidt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 36.) Die kolbige Verdickung der Endphalangen von Fingern und Zehen bei Lungen- und Herzleiden sind früher nur mit Stauung in Verbindung gebracht. E. Bamberger hat bei Bronchiektasen und erworbenen Herzkrankheiten neben den Trommelschlägelfingern symmetrisch, besonders an den peripherischen Enden von Unterschenkel und Vorderarmen auftretende Knotenauftreibungen, bedingt durch ossifizierende Periostitis, beobachtet und als Ursache Stoffe angenommen, die sich in den Bronchien bilden, ohne das experimentell beweisen zu können; die Trommelschlägelfinger bei congenitalem Herzleiden führten auch auf Stauung zurück. Pierre Marie hat die Frage eingehend studiert und diese Veränderungen scharf getrennt von der Akromegalie; die kolbige Verdickung von Fingern und Zehen, die Verbreiterung und Krümmung der Nägel, die Papageienschnabeln ähneln, bilden das Charakteristische des von Marie als Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique bezeichneten Leidens, bei dem dann noch Schwellungen am Fuſs- und Handgelenk, den benachbarten Teilen des Vorderarmes und Unterschenkels, zuweilen am Sternum, Clavicula, Rippen, auftreten, eine Kyphose und Kyphoskoliose der unteren Brust- und der Lendenwirbel sich entwickeln können. Marie führt die Veränderungen auch zurück auf Anomalien der Atmungsorgane, die zur Bildung irgend welcher Toxine führt. — Verfasser führt einen selbst beobachteten Fall an, in dem die Syphilis, wie auch der Erfolg der Kur ergab, die genannten Veränderungen bewirkt hat: 48jährige Frau mit kolbigen Nagelgliedern, Handgelenk geschwollen, Ellenbogen ödematös; alles ging zurück nach Jodkalium. — Diese Folge der Syphilis ist nicht identisch mit der Dactylitis

syphilitica; einen ähnlichen Fall hat Verfasser nur von G. Smirnoff veröffentlicht gefunden. Ob eine individuelle Disposition oder nervöse Einflüsse dabei mitsprechen, läfst Verfasser dahingestellt. (Ob bei der Frau der vorausgegangene Gelenkrheumatismus keine Bedeutung hatte? D. Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der akute Jodismus und seine Gefahr in der Syphilisbehandlung, von Dr. Ernest Finger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 36 ff.) Die weniger häufigen Erscheinungen des akuten Jodismus, dessen Kenntnis ja besonders bei der Therapie der Syphilis von gröfster Wichtigkeit ist, widmet Finger einen ausführlichen Artikel: Die häufige Conjunctivitis kann von einem starken Ödem der Augenlider begleitet sein; es kann dabei auch zu Blutaustritten in der Lidhaut ebenso, wie unter der Conjunctiva kommen. Der Jodschnupfen kann zu einer starken Rötung und Anschwellung der Nase führen. Das ganze Gesicht kann hochgradig ödematös anschwellen, wobei die Haut bald blafs bleibt, bald cyanotisch wird. Eine Stomatitis und Linguitis kann starke Schwellungen in Pharynx, an der Epiglottis, an der Zunge, den Lippen, zuweilen auch Ecchymosenbildung bedingen. Die Speicheldrüsen können bedeutend an Gröfse zunehmen, der Katarrh sich auf die Luftwege fortpflanzen. Seitens des Centralnervensystems können heftige Störungen eintreten: Der Kopfschmerz wird sehr intensiv, kann zu Erbrechen, Schwindelanfällen führen, den sogenannten Jodrausch zur Folge haben, Gedankenflucht, Schwere der Glieder, Schlafsucht, selbst Koma und Delirien. Schwere vasomotorische Erscheinungen, Vagusparalyse, Herzlähmung ist beobachtet. Neuralgien und Parästhesien in den Gesichtsnerven (Zahnschmerz!), aber auch in anderen Nerven, findet man in der Litteratur angegeben. Hyperästhesie der Retina, Myosis, Mydriasis kann Jod bewirken. — Die genannten Erscheinungen cerebraler Natur können sogar lebensgefährlich werden. — Ein Teil der Erscheinungen ist wohl durch die Wirkung des frei werdenden Jods erklärlich; für den Modus des Freiwerdens ist in neuerer Zeit die Hypothese aufgestellt, dafs salpetrigsaure Salze durch Kohlensäure befähigt werden, das Jod aus den Jodiden frei zu machen. Die nervösen Symptome deuten Ehrlich und Oppenheimer als Reflexneurosen durch Reizung nasaler Trigeminusfasern. F. will diese Ansicht nicht für alle Fälle acceptieren, da diese Symptome nicht mit der Coryza parallel gehen und auch zu sehr an Hyperaemia cerebri erinnern, die experimentell nach Jodzufuhr nachgewiesen ist. Diese Hyperämie kann bei bestehenden Veränderungen im Urin sogar gefährlich werden, wie Verfasser an zwei, wie mir scheint allerdings nicht ganz einwandsfreien Fällen beweist. Deshalb soll man mit dem Gebrauche des Jods bei Erkrankungen im Schädel vorsichtig sein.

Das wirkungsvollste Mittel gegen diese Intoxikationen ist die Darreichung des Jodkaliums in Milch. Rochmann empfiehlt, salpeterhaltige Nahrung zu meiden; Milch, Fleisch und Weifsbrot sind zu empfehlen. — Von Aubert ist Extractum belladonnae 0,01 pro 1,0 Jodkalium gerühmt. Auch gleichzeitige Darreichung von Bromkalium mildert die Intoxikationserscheinungen. Sind diese eingetreten, so ist nach Wallace Chinin 0,15—0,2 zu geben, nach Ehrlich:

Acid. sulfonilic.	4,0—6,0
Aq. dest.	150,0
Natr. bicarbon.	3,0—4,0

auf einmal zu nehmen. Das Mittel ist teuer. Wirksam ist Natrium bicarbonicum 5,0—6,0 im Beginn des Anfalles. Auch Antipyrin war bei cerebralen Erscheinungen von Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen syphilitische Alopecie und die Syphiliden der Kopfhaut empfiehlt Riekma:

Hydrarg. praecipit. alb.	4,0
Sublimat	0,2
Vaselin	
Lanolin	ää 20,0
Ol. rosar. aeth.	gtts. V.

Ds. Vor dem Einreiben mit einer Lösung von Natrium bicarbonicum waschen.
(*La crónica méd.* 30. April. 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 20.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Mittel, um der Ausbreitung der Syphilis entgegenzutreten, von C. W. Allen. (*New York Med. Jour.* 17. Sept. 1892). Bei diesem Vortrag hat Verfasser speziell die amerikanischen Verhältnisse im Auge, die in der That ungünstiger als die unsrigen zu sein scheinen. Um das gewünschte Ziel zu erreichen, empfiehlt er, erstens das Publikum im allgemeinen über Wesen, Ausbreitungsweise und Gefahren der Krankheit zu belehren; ferner die angehenden Ärzte gründlich, namentlich in Bezug auf die Diagnose, praktisch zu unterrichten; drittens die nachdrückliche Anwendung resp. Neuschaffung von Gesetzen, um erkrankten Personen möglichst die Gelegenheit zu entziehen, andere, gesunde anzustecken. *Philippi-Nieheim.*

Lokale Infektionskrankheiten

a. *der Oberhaut.*

Über die Behandlung der akuten Ekzeme, von Carl Herxheimer. (*Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis.* 1892. 4.) Verfasser giebt eine klare Darstellung der üblichen Behandlung der akuten Ekzeme mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des praktischen Arztes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronisches Ekzem. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 3.) Lanara (*Riforma med.*) empfiehlt gegen chronisches Ekzem einmal täglich Entfernung der Krusten durch grüne Seife, hierauf Fomentationen mit einer Mischung von:

Tinct. filic. mar. alkohol.	30,0
Alkohol. rectificat.	15,0
Tinct. Myrrhae	
Pulv. Op.	ää 4,0.

Es entsteht leichte Irritation, der Heilung folgt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Ekzems, von Dr. L. Török (*Klinikai füzetek.* Budapest 1892 September. Autoreferat.) In dieser Abhandlung, welche hauptsächlich für den ärztlichen Praktiker bestimmt ist, trachtet T. einen kurzen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie des Ekzems zu bieten. Es wird vor allem auf die Schwierigkeit hingewiesen, eine befriedigende Definition der Ekzemkrankheit zu geben. Statt derselben begnügt sich T. bis auf weiteres mit einer Definition der ekzematösen Hautläsion. Dieselbe wird aufgefafst als eine entzündliche Veränderung der Oberhaut, welche mit seröser und kleinzelliger Infiltration einhergeht. Gleichzeitig ruft sie eine so geartete Anomalie der Stachelschicht und in der Folge auch der Hornschicht hervor, dafs sich die erstere zu Bläschen verflüssigt, an deren Stelle sich die Bildung normaler Stachel- und Hornschicht schwer wieder einstellt. Falls sich aber die Stachelschicht wieder gebildet hat, so ist dieselbe eine krankhaft veränderte und produziert eine anormale, in kleineren oder gröfseren Lamellen sich loslösende Hornschicht. T. fafst diese beiden, die ekzematöse Anomalie der Epidermis ausmachenden Prozesse (die Akeratose und Parakeratose) unter den gemeinsamen Namen Dyskeratose zusammen.

Den ekzematösen Hautläsionen schliefsen sich Prozesse von verschiedener pathologischer Bedeutung an, welche vordem als Ekzeme zusammengefafst wurden. Es ist daher bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse geboten, an Stelle der Ekzemkrankheit eine Ekzemgruppe zu unterscheiden. Die Aufgabe der dermatologischen Forschung bildet es, aus dieser Gruppe die selbständigen Prozesse auszuscheiden. Der in dieser Richtung arbeitenden Forschung ist es schon gelungen, eine Anzahl von Prozessen zu eliminieren. Diese werden von T. in einem besonderen Abschnitte besprochen. Bei anderen ist die endgültige Entscheidung noch nicht erfolgt; diese werden von T. provisorisch in der Ekzemgruppe belassen und die Gründe besprochen, welche für oder wider ihre Anerkennung als besondere, selbständige Krankheitsprozesse angeführt werden können.

Die mit ekzematösen Hautläsionen einhergehenden Prozesse — also kurz das Ekzem — sind chronische Prozesse. Die Chronizität wird entweder dadurch bedingt, dafs die einzelnen heftigeren Ekzemeruptionen in loco oder auf zerstreuten Punkten der Hautoberfläche recidivieren, oder dafs der ekzematöse Prozess in die Nachbarschaft weiterkriecht, oder dafs er sich mit weniger vehementen Symptomen ausbildet, an der Stelle seines Auftretens verharrt oder von hier sich weiter verbreitet. Ein akutes Ekzem giebt es eigentlich nicht, doch ist mit Rücksicht auf die mit akuten Symptomen einhergehenden Anfänge, Nachschübe und Recidive die Beschreibung eines solchen zweckmäfsig. Von diesen heftigen Eruptionen eigentlich chronischer Prozesse sind aber die artifiziellen Dermatitiden wohl zu unterscheiden, welche von Kaposi gerade als Typus des Ekzems vorgeführt werden. Diese nehmen unter gewöhnlichen Verhältnissen einen akuten Verlauf. Hier sehen wir ein Beispiel dafür, dafs die blofse äufsere Ähnlichkeit, die ekzematöse Hautläsion, welche die akuten, artifiziellen Dermatitiden mit einzelnen Stadien chronischer ekzematöser Prozesse teilen, genügte, um Prozesse verschiedener Bedeutung zu einer Krankheitsform zu vereinigen. Wir sehen, dafs dasselbe ätiologische Moment, ein äufseres Reizmittel, je nach Grad und Dauer seiner Einwirkung und je nach dem Zustande der Haut, einmal ein kurzdauerndes Erythem hervorruft, welches spurlos verschwindet, ein anderes Mal tritt darauf eine papulo-vesikulöse Hautveränderung auf, welche ebenfalls abheilt, es können bei noch stärkerer Einwirkung endlich grofse Blasen etc. und endlich Nekrosen entstehen. Es geht nicht an, die eben erwähnte papulo-vesikulöse Hautveränderung aus der Gruppe der durch dieselbe Ursache hervorgerufenen Prozesse herauszureifsen und dieselbe, blofs auf Grund der äufseren Ähnlichkeit mit einzelnen Stadien der chronischen ekzematösen Prozesse, mit den letzteren zu vereinigen. Die artifiziellen Dermatitiden bilden eine wohlumschriebene Gruppe, welche T. provisorisch noch in der Klasse des akuten Ekzems beläfst. Aus diesen können durch Einwirkung äufserer Einflüsse oder gewisser disponierender Momente chronische, ekzematöse Veränderungen, ein chronisches (typisches!) Ekzem entstehen. Es wird noch kurz erwähnt, dafs gewisse Symptome die klinische Diagnose „artifizielle Dermatitis“ ermöglichen.

Es folgt nun eine kurze Beschreibung der klinischen Symptome des chronischen Ekzems (eigentlich der Prozesse, welche mit ekzematösen Hautläsionen einhergehen). Es wird nochmals kurz darauf hingewiesen, dafs die heftigeren Anfänge, Nachschübe und Recidive des „chronischen Ekzems“ das ganze „akute Ekzem“ ausmachen. Darauf werden die sich mehr schleichend entwickelnden ekzematösen Veränderungen und die chronische Ekzemplaque beschrieben. T. wendet sich hierauf zu denjenigen Prozessen, welche als Arten des Eczema beschrieben worden sind. Er giebt vor allem eine gedrängte Beschreibung des Eczema seborrhoicum nach Unna. Von den drei Formen, welche Unna unterscheidet, sieht T. bei der schuppenden Form keinen

engeren Zusammenhang zwischen der letzteren und den übrigen zwei Formen, noch mit den übrigen ekzematösen Prozessen überhaupt. Dafs sich die schuppende Form neben den anderen häufig vorfindet, hat seinen Grund in dem Umstande, dafs sie überhaupt eine sehr häufige Erkrankung ist und dafs sie zu gewissen ekzematösen Hautveränderungen prädisponiert. Die zweite krustöse Form ist als eine wohlcharakterisierte Dermatose anzuerkennen und demzufolge aus der Ekzemgruppe herauszuheben. Statt des Namens Eczema empfiehlt sich der von NEISSER vorgeschlagene „Mycosis". Verschiedene vordem als Psoriasis der Beugeflächen, Seborrhoea corporis, Eczema (Mycosis flexurarum) angeführte Prozesse sind hier mit den von UNNA beschriebenen Formen zu einer wohlgefügten Gruppe vereinigt. Die dritte Form hält T. mit NEISSER für eine Mischinfektion, zumeist mit Impetigo.

Den von UNNA beschriebenen Ekzemmikroorganismus kann T. nicht als Krankheitserreger des Eczema seborrhoicum anerkennen. Derselbe ruft Bläscheneruptionen hervor, während doch UNNA selbst hervorhebt, dafs das Eczema seborrhoicum keine Bläschen verursacht, ja sogar, dafs es in mit Nässen einhergehenden Fällen an typischem Aussehen verliert. Die von UNNA mitgeteilten Differenzen zwischen den Impetigobläschen und seinen Impfbläschen erscheinen T. zu subtil, um ausschliefsen zu können, dafs der fragliche Mikroorganismus nicht doch die Ursache einer impetiginösen Komplikation sei.

Es folgt hierauf die kurze Beschreibung des Eczema lymphaticorum, nervosum, folliculorum, des von BROCQ unterschiedenen, recidivierenden, erysipelatoiden Ekzems und des Eczéma cannelé et craquelé der Arthritiker. Das Studium dieser Formen hat noch kaum begonnen, ein definitives Urteil über dieselben ist derzeit ganz unmöglich. Beim Eczema papulosum — dem Lichen simplex acutus der Franzosen — sind die Untersuchungen noch nicht so weit gediehen, dafs eine scharfe Abscheidung von den übrigen ekzematösen Prozessen heute schon durchführbar wäre. Zwischen der Intertrigo und der Mycosis seborrhoica scheint ein enger Zusammenhang zu bestehen. Alle die genannten Prozesse werden zum weiteren Studium in der Ekzemgruppe gelassen.

Nach einer Beschreibung der ekzematösen Hautläsionen nach ihrem Sitze (Lokalisationen des Ekzems), wendet sich T. zu denjenigen Prozessen, welche aus der Ekzemgruppe ausgeschieden wurden. Ihre Beschreibung wurde in die Abhandlung aufgenommen mit Rücksicht darauf, dafs der Praktiker dieselben noch im Kapitel des Ekzems sucht. Diese sind die Impetigo, die PAGETsche Krankheit, die Dysidrosis oder Cheiropompholyx, der Lichen simplex chronicus der Franzosen, gewisse Keratodermien, die Miliaria rubra et alba (Eczema sudorale oder Sudamen der Wiener), das Eczema marginatum. Beim Lichen simplex chronicus werden auch die sekundären Lichenifikationen (insbesondere Lichenifikation des Ekzems) nach BROCQ und JACQUET berührt. Das Eczema marginatum wird nicht als homogener Krankheitsprozess anerkannt. Die Trichophytie, das Erythrasma, die Pityriasis versicolor, die Mycosis seborrhoica, die Intertrigo und der Lichen simplex chronicus rufen teilweise durch die Lokalisation bedingte, ähnliche Krankheitsbilder hervor, welche als Eczema marginatum zusammengefafst wurden.

Im Kapitel der Ätiologie des Ekzems berührt der Verfasser kurz den Standpunkt der Wiener Schule, welche ein durch äufsere Reize hervorgerufenes idiopathisches und ein unter gewissen konstitutionellen Verhältnissen ebenfalls durch äufsere Momente hervorgerufenes symptomatisches Ekzem unterscheidet. Er kennzeichnet dann den Standpunkt NEISSERS, welcher, der Wiener Schule folgend, eine eigentliche, primäre Ursache des Ekzems, sodann prädisponierende (konstitutionelle und lokale) Momente, und endlich die Chronizität bedingende Verhältnisse anerkennt. So verlehlt

es aber ist, das Ekzem als wohlcharakterisierte Krankheitsindividualität aufzufassen, ebenso unmöglich ist es, heute eine einheitliche Ätiologie der hier in Betracht kommenden Prozesse begründen oder dieselben auf einander ähnliche ätiologische Momente zurückführen zu wollen. Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder, des Verlaufes und auch der von Neisser angeführten, die Entwickelung des Ekzems beeinflussenden Umstände deuten darauf hin, daſs wir es hier mit auch ätiologisch zum Teile grundverschiedenen Prozessen zu thun haben. Es ist ja auch schon gelungen, eine Anzahl solcher Prozesse zu unterscheiden und aus der Ekzemgruppe zu eliminieren.

T. kann Neisser nicht folgen, wenn letzterer eine enge Verwandtschaft des „chronischen Ekzems“ mit den artifiziellen Dermatitiden annimmt, weil die letzteren in das chronische Ekzem übergehen können. Die artifiziellen Dermatitiden nehmen gewöhnlich einen akuten Verlauf. Und doch könnten in allen diesen Fällen gewisse, die Chronizität bedingende, von Neisser angeführte Momente, mit Ausnahme der konstitutionellen, auf den Verlauf der Dermatitis Einfluſs nehmen. Dies sind die äuſseren Einflüsse (wiederholte mechanische, thermische, chemische Reize, Mikroorganismen, das Kratzen etc.). Es ist unleugbar, daſs die eben angeführten Einflüsse die Chronizität bedingen können. Trotzdem sehen wir die meisten artifiziellen Dermatitiden einen akuten Verlauf nehmen. Wir können daher diesen äuſseren Einflüssen keinen allzuweiten Spielraum in der Bedingung des chronischen Verlaufs zusprechen. Bei den meisten in chronisch-ekzematiforme Prozesse ausartenden artifiziellen Dermatitiden, sowie bei einem Teile der chronisch-ekzematiformen Prozesse selbst — (und in diesem Falle decken sich die beiden) — scheinen es die von Neisser angeführten, — wahrscheinlich auch noch andere, zur Zeit noch unbekannte — zum Ekzem und zum chronischen Verlauf in gleicher Weise prädisponierenden, konstitutionellen, oder von dem Zustande der Haut bedingten Momente zu sein, welche die Chronizität verursachen. D. h., es giebt Verhältnisse, unter welchen die Prädisposition zu ekzematoiden Hautveränderungen, welche einen chronischen Verlauf nehmen, vorhanden ist. Unter diesen Verhältnissen bedarf es nur eines auslösenden Momentes, damit der Krankheitsprozeſs auf der Hautoberfläche debütiere. In dem Falle, welcher uns beschäftigt, ist also der Reiz, welcher die artifizielle Dermatitis hervorruft, oder die letztere selbst — bei bestehender Prädisposition — das auslösende Moment. In der Mehrzahl der Fälle jedoch bleibt uns das letztere unbekannt. Bei dem Standpunkt, welchen T. der Ekzemgruppe gegenüber einnimmt, hält er natürlich diese Auffassung nur bei einem Teile der ekzematösen Prozesse für berechtigt. Bei anderen sind es gewiſs Mikrophyten, welche die Ursache derselben abgeben. Es bildet unsere weitere Aufgabe, die in der Ekzemgruppe zusammengefaſsten Prozesse nach jeder Richtung zu studieren, um endlich die Frage der Ätiologie des Ekzems, welche eigentlich die Ätiologie von einander verschiedener Prozesse in sich faſst, zu entscheiden. Dann wird es auch an der Zeit sein, an die Stelle des alten Ekzembegriffes einen neuen zu setzen.

Was die Anatomie des Ekzems anbelangt, so sind hier die Untersuchungen von neuem aufzunehmen. Wir können uns nicht mehr mit den stereotypen Beschreibungen der Ekzempapeln, -bläschen etc. begnügen. Manche Aufklärung ist von einer vergleichenden Anatomie der verschiedenen ekzematösen Prozesse zu erwarten, welche die Entwickelung derselben berücksichtigt. Denn, wenn auch einzelne Stadien derselben wenig oder gar nicht voneinander differieren, so wird gewiſs bei manchen Prozessen der histologische Entwickelungsgang, vom ersten Auftreten bis zu den höchsten Veränderungen verfolgt, wichtige Differenzen aufdecken.

Es wird noch kurz die Diagnose und Prognose des Ekzems berührt und dann

zur Therapie übergegangen. Hier wird vorausgeschickt, daſs die Wahl des Mittels und damit der Erfolg der Behandlung oft von der näheren Bestimmung der Ekzemart abhängt, daſs aber häufig gewisse Symptome (z. B. das Nässen, starke Hornschichtverdickung so sehr in dem Vordergrunde stehen, daſs wir gezwungen sind, von der sozusagen kausalen Behandlung fürs erste abzusehen und die Beseitigung dieser Symptome in Angriff zu nehmen. Es folgt nun die Beschreibung der Methoden, welche bei der Therapie des Ekzems in Anwendung kommen (Bäder, Umschläge, Waschwasser, Puder, Pasten, Salben etc. etc.); sodann wird die Behandlung des akuten Ekzems — eigentlich der akuteren Symptome der ekzematösen Prozesse — besprochen und in einem kurzen Anhange der Therapie der artifiziellen Dermatitiden gedacht. Nach Besprechung der für die Therapie des chronischen Ekzems maſsgebenden Gesichtspunkte wird an die Behandlung der verschiedenen Ekzemarten (Eczema seborrhoicum lymphaticorum etc.) geschritten und endlich die Therapie des Ekzems nach seinen Lokalisationen dargelegt. Mit einem kurzen Abriſs der Therapie jener Prozesse, welche aus der Ekzemgruppe eliminiert wurden (Impetigo, Dysidrosis, Paget'sche Krankheit etc.), schlieſst die Abhandlung.

b. *der Cutis.*

Zwei Fälle von Mycosis fungoides, von L. Philippson. (Unnas Klinik. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 39. 1892.) Bei einer 36jährigen Patientin traten in der Mitte des Jahres 1888 auf der rechten Ellenbogenbeuge und rechten Schulter rote juckende Stellen auf. Gleiche Flecke erschienen im Laufe des Jahres auch an anderen Stellen des Körpers, am Rumpf, an den Beinen, am linken Arm, welche dann wieder verschwanden, um an anderen Stellen von neuem aufzutreten. Der Ausschlag belästigte erst die Patientin, als im Herbst 1890 die Röte und das Jucken auch im Gesicht auftrat; es fielen die Haare des Kopfes aus, die Gesichtshaut schuppte leicht. Gegen Oktober 1891 verschwanden die Flecke im Gesicht vollständig, kehrten dann aber wieder. Seit Ostern 1891 hatten sich auf dem Körper kleine Knoten gebildet, zuers einer im Nacken, welcher nicht juckte, der aber abschuppte und näſste. Ein gleicher Knoten an der rechten Hüfte verging, andere an der unteren Bauchgegend blieben bestehen. Ende 1891 bemerkte Patientin auch rasch auftretende Knötchen an der rechten Schulter, in den Achselhöhlen, an der linken Halsseite und an verschiedenen Stellen des Rumpfes. Allgemeinbefinden gut. Der Status im Januar 1892 ergab im Gesicht ein fleckiges, leicht schuppendes Erythem. Kleinere und gröſsere unregelmäſsige rote Flecke überziehen das ganze Gesicht und lassen nur die Nasengegend frei. Die Röte ist wegzudrücken und hinterläſst eine gelbliche Färbung; die Schüppchen sind kleienförmig, dünn, weiſs. Auf der linken Wange besteht eine rotbraune, derb anzufühlende Papel. Kopfhaar sehr gelichtet, so daſs man das Erythem deutlich erkennen kann. Am Nacken und Halse finden sich hellbraune Pigmentflecke und braunrote Papeln. Papeln zeigen sich am linken unteren Kieferrand, am Sternocleido. Auf dem Rumpfe findet man die gleichen Veränderungen in verschiedenen Stadien der Entwickelung und Rückbildung, so daſs die Haut hier ein geflecktes Aussehen erhält. Die gröſsten Knoten sind in der Kreuzbeingegend, am Gesäſs, in den Hüftgegenden, in der Taille und in der seitlichen unteren Bauchgegend. In den Achselhöhlen bestehen flache, braunrote, weiche, etwas erhabene Wulste. Die oberen Extremitäten, deren Streckseiten und äuſseren Hälften der Beugeseiten befallen sind, haben das Aussehen eines chronischen Ekzems mit einzelnen Knötchen. Therapie: Innerlich Arsenik, äuſserlich Resorcin und Chrysarobin in Salben- und Pflasterform. Aufserdem 5—10% wäſsrige Resorcinlösung zu Dunstumschlägen für die Nacht. Der zweite Fall, der eine 60jährige Frau betraf, zeigte ebensolche Veränderungen der

Haut. Während einer einjährigen Beobachtungszeit veränderte sich die Hautdecke derart, dafs, während die roten Flecke bestehen blieben, die Infiltrate und Knoten zum Teil zurückgingen, zum Teil sich stärker entwickelten, die letzteren zum Teil ulzerierten. Gegen Ende des Jahres traten schubweise zahlreiche neue Knoten über den ganzen Körper zerstreut auf. Die Infiltrate im Gesicht wurden sehr derb und verliehen ihm den Ausdruck einer Facies leprosa. Unter Fiebererscheinungen bildete sich am rechten Unterkiefer ein grofser Abscefs, die Körperkräfte verfielen schnell, und die Patientin ging pyämisch zu Grunde. Die histologische Untersuchung der Haut mit ekzemähnlichen Flecken, sowie der Papeln und Knoten ergaben, dafs man zwei Stadien der Krankheit unterscheiden kann; im ersten findet eine Hypertrophie des Epithels und eine Neubildung von Bindegewebszellen statt, in dem zweiten ist das Epithel passiv, während die Zellneubildung im Bindegewebe weitergeht. Die Mycosis fungoides gehört, anatomisch betrachtet, zu den Granulationsgeschwülsten, die von den Bindegewebszellen und nicht von den Leukocyten abzuleiten sind; ihr Sitz ist aber oberflächlich in den obersten Cutisschichten und breitet sich flächenhaft aus. Die ausgebildeten Tumoren bieten das Bild rasch wachsender Bindegewebsneubildungen zelliger Natur dar. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Filaria Bancrofti Cobbold, von v. Linstow. (*Centralbl. f. Bakt. u. Paras.* 1892. Bd. XII. No. 2 und 3.) Verfasser untersuchte Präparate eines Falles von Filariose, die ihm aus Brasilien zugesandt waren. Die sogenannte Filaria sanguinis hominis ist die Embryonalform der Filaria Bancrofti; sie ist im Durchschnitt 0,29 mm lang und 0,009 mm breit; der Körper enthält zahlreiche Kerne, eine Querringelung liefs sich nicht nachweisen, manche Exemplare hatten eine hyaline Hülle, vielleicht ein persistierendes Chorium. Die Filarien werden nur nachts im Blute gefunden; im Wachen ist der Tonus der Hautkapillaren, aus denen man das Blut zur Untersuchung entnimmt, zu grofs, so dafs sie nicht hindurch können; man schätzt ihre Menge auf auf 30—40 Millionen in einem Kranken. Nachts saugen Moskitos sie mit dem Blute auf; teils werden sie von den Mücken verdaut, teils durchbohren sie die Darmwand und entwickeln sich dann zur Larvenform, indem sie in die Breite wachsen und einen sichelförmigen Anhang, das Schwanzende, tragen. Stirbt die Mücke, so werden die Larven frei und geraten ins Wasser; hier entwickelt sich die Geschlechtsform, das Männchen ca. 83, das Weibchen 155 mm lang. Die Eier werden dann mit dem Trinkwasser in den Menschen gelangen. Die Geschlechtsform kann bis 30 Jahre leben.

Der Parasit ist sehr häufig, in Südchina soll ihn jeder zehnte Mensch beherbergen. Die Eier rufen Embolien in den Lymphgefäfsen hervor und es tritt früher oder später sogenannte Elephantiasis arabum auf, die unter Chylurie, Hämaturie, Abscefsbildung häufig zum Tode führt *F. Hahn-Bremen.*

Berichtigung.

Lies Seite 9 dieses Bandes (Heft 1) Zeile 22 von oben statt Amphigonie Parthenogenese.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 3. 1. Februar 1893.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Färbung der Rotzbacillen in Hautknoten und überhaupt schwierig färbbarer Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind.

Von

P. G. Unna.

Da ich in letzter Zeit Rotzknoten der Haut zu untersuchen hatte, versuchte ich aufser den bisher gebräuchlichen Methoden noch eine Reihe anderer, welche sich mir zur Färbung von solchen Bacillen bewährt hatten, die nicht im mindesten säurefest oder jodfest sind, wie z. B. die Bacillen des weichen Schankers. Ich erreichte mit denselben ganz hübsche Färbungen, welche einen ungeahnten Reichtum der Hautknoten an Rotzbacillen aufdeckten.

In der Vermutung, dafs meine Resultate anderen Forschern, welche sich mit der Darstellung schwer färbbarer Organismen innerhalb der Gewebe beschäftigen, vielleicht willkommen sein dürften, will ich dieselben hier kurz mitteilen und beziehe mich dabei zunächst auf die Verhältnisse des Rotzknotens, obgleich, wie gesagt, die hier obwaltenden Umstände auch bei anderen Objekten, also allgemeiner, in Betracht kommen.

Die Schwierigkeit, die bekannten Löfflerschen Bacillen innerhalb des Hautgewebes zu färben, beruht nicht allein auf der geringen Fixation des hierfür besten Farbstoffes, des Methylenblaues, auf der Bacillensubstanz, sondern ebensosehr auf dem ungewöhnlich grofsen Reichtum des die Rotzbacillen enthaltenden nekrotischen Gewebes an Kernchromatin. Da dieses bei allen Färbungsarten sich stärker färbt und die Farbe besser fixiert als die Bacillen, so ist, wenn die Entfärbung des „Bacillenhintergrundes“ einigermafsen gut sein soll, die Färbung dieser selbst bereits in unerwünschter Weise geschwächt. Dieser störende Faktor des Kernreichtums würde wegfallen, wenn man den Kernen eine gute Kontrastfärbung, besonders eine rote, geben könnte. Aber hier kommt der dritte erschwerende Faktor in Betracht, dafs dieselben Bacillen gewöhnlich auch

ungemein empfindlich gegen eine nachträgliche Kontrastfärbung sind, während eine vorhergehende kontrastierende Kernfärbung nur dazu führt, die Kerne zweimal, d. h. um so stärker zu tingieren.

In allen solchen schwierigen Fällen haben sich mir drei Maßnahmen bewährt, die zusammengenommen eine Art Methode bilden für die Färbung von solchen Bacillen in stark chromatinhaltigen Geweben (auch im Eiter), die weder säure- noch jodfest sind.

Die wichtigste Maßnahme ist eine Vorbereitung der Schnitte eigener Art, welche die nachträgliche Fixation des Farbstoffes auf den Bacillen ungemein erleichtert. Sie besteht in der Antrocknung der Schnitte auf dem Objektträger. Die ungefärbten Schnitte werden, am besten aus Alkohol, auf den Objektträger übertragen, mit Wasser bedeckt, mittelst Löschpapier sogleich wieder abgetrocknet und an der Luft der weiteren Eintrocknung überlassen, was in $^1/_4$—$^1/_2$ Minute vollendet ist. Dann wird auf dem Objektträger gefärbt; bei der Entfärbung wird der wieder gelockerte Schnitt gewöhnlich heruntergespült und wie gewöhnlich weiter behandelt.

Wie man sieht, ist diese Trockenmethode nur eine Vorbereitung des ungefärbten Schnittes, welche eine neue, größere Differenz zwischen Gewebe und Bacillen hervorbringt.

Die zweite Maßnahme betrifft die Beschaffenheit des Entfärbungsmittels, welches so zu wählen ist, daß durch dasselbe das Chromatin der Kerne mehr entfärbt wird, als die Bacillensubstanz. Als solches hat sich mir in erster Linie die „Glycerinäthermischung“,[1] in zweiter die Arsensäure (1%) bewährt.

Als einen dritten, die definitive Färbung begünstigenden Faktor betrachte ich die von Kühne empfohlene Aufhellung der Schnitte in Terpentinöl (Oleum terebinthinum rectificatissimum), wodurch die Bacillenfärbung (allerdings auch das Kernchromatin) kräftiger hervortritt und die — meist trübe — Zwischenzusbstanz vollkommen aufgehellt wird. Dieser Faktor kommt also nur bei den einfachen, nicht bei Doppelfärbungen, wesentlich in Betracht.

Bei Beobachtung dieser Maßregeln gelingt eine starke, distinkte Färbung der Bacillen vom tinktoriellen Charakter der Rotzbacillen und der Kettenbacillen des weichen Schankers leicht. Schwierig ist aber auch dann noch die Doppelfärbung derselben, besonders deshalb, weil die normalen und degenerierten Intercellularsubstanzen sich in besonders guter Weise nur mit sauren Farbstoffen tingieren lassen, und man somit vor der ganz allgemeinen Schwierigkeit steht, saure und basische Farbstoffe nebeneinander im Gewebe zur richtigen Geltung zu bringen. Nirgends ist diese

[1] Vorrätig bei Schuchardt-Görlitz.

Schwierigkeit mehr fühlbar, als bei den Hautknoten des Rotzes, weil die degenerierten, nekrotischen Herde, die sogenannten Rotzabscesse, auch saure Farben nur schwierig annehmen und deshalb der Hintergrund der Bacillen intensiver als gewöhnlich gefärbt werden muſs. Darunter leidet dann gewöhnlich die Bacillenfärbung, und es bedarf besonderer Maſsnahmen, um die heterogenen Substanzen gleichmäſsig gut zur Darstellung zu bringen.

Ich beschränke mich unter den vielen möglichen Gegenfärbungen auf die Besprechung der mittelst Säurefuchsins, da sie mir die befriedigendsten Resultate zu geben scheint. Um die rote Farbe als Kontrastfarbe gehörig zur Geltung zu bringen, ist es natürlich notwendig, die gesamte Färbung in einer sauren Lösung abzuschlieſsen, ohne daſs diese die Bacillen wieder entfärbt. Unter den schwachen Säuren, die diesem doppelten Postulate genügen, haben sich mir nur die Arsensäure und Gerbsäure bewährt. Beide sind nicht gleichwertig, denn während die erstere die Kerne besser entfärbt, fixiert die letztere den Farbstoff besser auf den Bacillen. Danach wird man im Einzelfalle die Entscheidung zu treffen haben.

Die Doppelfärbung mit Hülfe der Arsensäure bedarf einer ganz besonders starken Vorfärbung in Säurefuchsin. Man läſst die Schnitte eine ganze Nacht in einer starken (1%) Lösung, spült sie in Wasser ab, bringt sie in die alkalische Methylenblaulösung etwa 1/4 Stunde, wo die rote Farbe vollkommen verschwindet und der blauen Platz macht. Die wiederum in Wasser abgespülten Schnitte kommen dann ganz kurz, höchstens 10 Sekunden, in eine 1%ige Arsensäurelösung, wo sie Blau abgeben und sich wieder rötlich färben, dann in absoluten Alkohol, wo sie Rot verlieren, endlich in Öl und Balsam. Die Bacillen sind blau-grau auf blaſs-rotem Grund, die Kerne gut entfärbt.

Die Doppelfärbung mit Hülfe der Gerbsäure ist eine Schnellfärbung und verdient deswegen und wegen der Brillanz der Färbung für Rotzpräparate den Vorzug. Für ihre Ausführung ist eine Beobachtung von Herrn Colhoun, Präparator meines Laboratoriums, sehr wichtig geworden. Es ist ja bekannt und wird von der Färberei im groſsen allgemein benutzt, daſs man die Gewebe bei Anwendung saurer Farbstoffe mit Vorteil gleich „im sauren Bade“ färben kann; d. h. anstatt die Brillanz der Färbung durch nachträgliche Behandlung mit Säuren zu erzielen, setzt man die Säuren gleich den Farblösungen zu. Es hat dieser Zusatz denselben Sinn und Effekt, wie der Zusatz mancher Alkalien zu den Lösungen basischer Farbstoffe. Herr Colhoun beobachtete nun, daſs der Zusatz von Tannin zur Lösung von Säurefuchsin nicht bloſs die Färbung der Intercellularsubstanz in der genannten Weise verbesserte, sondern zugleich einer vorangehenden Methylenblaufärbung weniger nachteilig war, als die

einfache Lösung von Säurefuchsin. Ich fand dann auch wirklich, dafs durch nachträgliche Behandlung der Methylenblaupräparate mit einer Tannin-Säurefuchsinlösung die Rotzbazillen auffallend geschont wurden.

Die Ausführung dieser ausgezeichneten Doppelfärbung geschieht so, dafs die wie sonst angetrockneten und mit Methylenblau (10 Minuten) gefärbten Präparate auf eine Viertelstunde in eine Mischung einer 1%igen Säurefuchsinlösung mit einer konzentrierten wässerigen Tanninlösung (1 : 2 aq.) zu gleichen Teilen kommen und dann durch absoluten Alkohol in Öl und Balsam gebracht werden.

Ich empfehle mithin schliefslich zwei einfache und zwei Doppelfärbungen.[2] Ehe ich die Formeln derselben schliefslich zusammenstelle, will ich aber noch bemerken, dafs die Methylenblaulösung stets maximal stark sein mufs, also die starke Löfflersche oder Kühnesche oder meine komponierte Lösung, die man kurz vor dem Gebrauch mit Anilinwasser zu gleichen Teilen mischt. Natürlich dürfen die Präparate auch nur in Alkohol gehärtet sein.

A. Einfache Färbungen.

1. Antrocknen der Schnitte, Methylenblau ½ Stunde, Abspülen in Wasser, wobei der Schnitt abgelöst wird, Glycerinäthermischung einige Sekunden, darauf in Wasser, und dieser Turnus einige Male wiederholt, sorgfältige Abspülung in Wasser, absoluter Alkohol, Terpentinöl, Balsam.

2. Antrocknung und Methylenblaufärbung wie oben, Arsensäure (1%) 5—10 Sekunden, Abspülung in Wasser, absoluter Alkohol, Terpentinöl, Balsam.

B. Doppelfärbungen.

3. Säurefuchsin (1%) eine Nacht, Abspülen in Wasser, Antrocknen, Methylenblau ¼ Stunde, Arsensäure (1%) 5—10 Sekunden, Wasser, Alkohol, Bergamottöl, Balsam.

4. Antrocknen, Methylenblau 10 Minuten, Wasser, Mischung von konzentrierter wässeriger Tanninlösung und 1%iger Säurefuchsinlösung zu gleichen Teilen 15 Minuten, Alcohol absolutus, Bergamottöl, Balsam.

---

[2] Die Verwendung der Glycerinäthermischung zur Entfärbung bei Doppelfärbungen ist möglich, aber nicht so empfehlenswert, da sie den sauren Farbstoff nicht wieder kräftigt, wie Arsensäure und Gerbsäure.

Kurze Mitteilung über eine histologische Untersuchungsmethode.

Von

NORMAN WALKER, M. D., F. R. C. P.,
Assistant Physician Royal Infirmary Edinburgh,
Assistant Lecturer on Pathological Anatomy at Surgeon's Hall.

Die Paraffinmethode wird, so viel ich weifs, in Deutschland nicht viel angewandt[1], und ich kann das durchaus nicht erstaunlich finden, wenn ich zurückdenke an die vielen langen Stunden, welche ich dort damit verbracht habe, mittelst eines JUNGschen Mikrotoms Schnitte anzufertigen, sie dann einzeln mit einem Haarpinsel glatt auszubreiten und auf ein mit Nelkenöl, Kollodium oder anderen mehr oder minder durchsichtigen Medien versehenes Deckglas zu übertragen.

Es wird darum ein kurzer Bericht darüber, wie die Paraffinmethode von den an dieser Anstalt arbeitenden Forschern angewandt wird, vielleicht nicht uninteressant, und, wie ich zu hoffen wage, den zahlreichen deutschen Forschern auch nützlich sein.

Dafs die Schnitte, welche man mit dieser Methode erhält, die vollkommensten sind, wird von niemand bestritten werden, und die Langwierigkeit der Herstellung ist der einzige Grund, weshalb man sich derselben nicht allgemeiner bedient.

Das ganze Geheimnis, worauf der Erfolg beruht, besteht in der vollständigen Entwässerung der Präparate; bei Hautschnitten scheint dies viel schwerer zu bewerkstelligen zu sein, als bei den inneren Organen, denn bei den letzteren habe ich niemals die geringste Schwierigkeit bei Anfertigung der Präparate gefunden.

Der verwendete absolute Alkohol mufs wenigstens dreimal erneuert werden; die Präparate werden niemals zu hart.

Betreffs der Flüssigkeit, welche hierauf den nächsten Schritt in der Behandlung darstellt, sind die Ansichten sehr geteilt. Ich persönlich halte diese Frage für keine besonders wichtige. Von Nelken- und Bergamottöl bin ich wieder zurückgekommen, weil ich finde, dafs dieselben ein Mürbewerden der Schnitte verursachen; dagegen gebrauche ich promiscue Terpentinöl, Chloroform, Benzol, Naphtha oder Toluol und möchte von diesen das letzte Mittel für das beste erachten.

Ich lasse nun die Präparate 24 Stunden in dem einen oder anderen dieser Mittel liegen und erwärme vor der Übertragung ins Paraffin bis

[1] Es sind wohl nur die pathologisch-anatomischen Institute gemeint. Anm. d. Red.

zum Schmelzpunkte des betreffenden Paraffins, das ich gerade gebrauchen will. Ich nehme im Winter 48° und im Sommer 51°. Je nach der Gröfse bleiben die Schnitte je 6 bis 24 Stunden im Paraffinbade. Dann wird eine kleine Form aus Papier angefertigt und mit geschmolzenem Paraffin gefüllt, wohinein die Präparate mit einer erwärmten Pincette je nach Bedarf eingelegt werden.

Nach dem Abkühlen entferne ich das Papier und befestige das Paraffinklötzchen auf einer Metallscheibe, welche ihrerseits sich auf dem Mikrotom festschrauben läfst.

Hier ist allgemein das CAMBRIDGE ROCKER Mikrotom im Gebrauch; dasselbe arbeitet mechanisch, und wenn der Paraffinklotz so zurechtgeschnitten ist, dafs die Ränder einander genau parallel sind, so schiebt beim Schneiden jeder neue Schnitt den vorhergehenden vor sich her, so dafs eine lange Reihe von (vollkommen glatten) Serienschnitten dadurch entsteht. Dabei hat man kein Umkrempeln, und man kann in einer Minute wenigstens sechzig Schnitte von 5 μ und darüber anfertigen.

Ich breite dieselben nun in einer langen Reihe auf einem Papierstreifen aus und gehe dann dazu über, sie auf den Objektträgern zu befestigen.

Jeder, der mit Paraffin gearbeitet hat, kennt diese mühsame Aufgabe, die Schnitte auszubreiten und sie zum Anhaften an das Kollodium, oder was man sonst für ein fixierendes Mittel genommen hat, zu bewegen; man wird darum mit Befriedigung davon Kenntnis nehmen, dafs diese Prozedur jetzt nicht mehr nötig ist.

Wir verdanken den hier in Anwendung kommenden Plan der Erfindungsgabe von Dr. GULLARD, einem der Sekundärärzte des hiesigen Krankenhauses; das Verfahren ist folgendes: Man nimmt eine Schüssel mit heifsem Wasser, dessen Temperatur nur ganz wenig unter dem Schmelzpunkt des Paraffins liegt, und läfst die Präparate auf dasselbe fallen. Nach Verlauf von einer sehr kurzen Zeit sind diese dann vollständig glatt geworden, und man kann sie dann aufheben, indem man den Objektträger unter sie schiebt und dann aus dem Wasser heraushebt. Sie werden darauf in Serien geordnet (die Objektträger können numeriert sein) und über Nacht in den Brütofen gelegt bei einer Temperatur von 30°.

Das Paraffin wird dann mit Benzol aufgelöst, letzteres mit Alkohol abgewaschen, und dieser wiederum mit Wasser; man findet dann, dafs die Schnitte so fest am Glase anhaften, dafs man sie unter den vollen Strom eines Wasserhahns halten kann, ohne dafs das Präparat den geringsten Schaden erleidet. Dann kann man sie natürlich nach Belieben färben.

Ich habe eine geringfügige Modifikation von Dr. GULLARDS Methode

vorgezogen, indem ich meine Schnitte auf den Deckgläschen befestige, anstatt auf den Objektträgern, da ich finde, dafs sie sich auf diese Weise besser behandeln lassen.

Sobald diese Methode besser bekannt sein wird, wird sie eine sehr weite Verbreitung finden, denn die damit erzielten Präparate sind schöner als irgend welche, die ich je gesehen habe.

Das Austrocknen im Brütofen während einer Nacht ist ein höchst notwendiger Bestandteil des Vorgangs; denn falls sie nicht vollständig ausgetrocknet sind, so lösen sich die Präparate beim Waschen mit Wasser vom Glase wieder ab.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Über die Entstehung der tertiären Syphilis.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Dr. A. HASLUND,
Oberarzt des städtischen Hospitals in Kopenhagen.

Meine Herren, der Ihnen hier vorzustellende Patient ist ein 60jähriger Mann, der in jeder Beziehung rüstig, kräftig und gut genährt ist. Sein Leiden besteht in einer Anomalie der Haut, denn, wie Sie sehen, es erstreckt sich ein narbenartiger Ausschlag von der oberen, äufseren Fläche des Armes über die linke Schulter und den oberen Teil der Brust nach der rechten Schulter hin. Diese adhärente Narbe hat ein etwas marmoriertes Aussehen; weifsliche Flecke wechseln mit bräunlichen Pigmentierungen ab, und die vorhandenen Einziehungen sind von variierender Tiefe. Sie sehen und Sie fühlen auch, dafs nur die oberen Schichten der Haut ergriffen worden sind. Die Ränder der Narbe sind überall konvex, bilden aber keine ununterbrochene Kurvenlinie, sondern sie sind vielmehr aus einer Reihe von kleineren Kreissegmenten, die sich am Rande hinziehen, zusammengesetzt; eine Ausnahme hiervon bildet nur die Stelle auf dem linken Oberarm und der linken Schulter. Sie finden hier eine Anzahl ziemlich eng gesäter Erhebungen von der Gröfse etwa einer Erbse, teils in Gestalt von gelblichbraunen Krusten, teils von bräunlichroten, schuppenden, infiltrierten Erhebungen; wenn wir eine Borke ablösen, so sehen wir, dafs dieselbe eine in der Mitte ulzerierte Erhebung bedeckt, und diese Ulzeration ist immer tief, kraterförmig und enthält in der Tiefe

ein wenig Eiter. Die geschwürigen Stellen sind ein wenig empfindlich, die Erhebungen dagegen nicht. Die ganze übrige Haut und die Schleimhäute sind intakt, und die Drüsen sind nicht geschwollen.

Die Diagnose dieses Hautleidens kann gar nicht zweifelhaft sein. Dasselbe ist ein so charakteristisches, serpiginöses Syphilid der Haut, dafs man den Mann nicht einmal auszufragen braucht, um seine Krankheit zu diagnostizieren und die Therapie anzugeben. Es ist gar kein Zweifel möglich, dafs dieser Mann in einer früheren Periode seines Lebens mit Syphilis infiziert gewesen ist. La signature de la syphilis wurde diese Form der tertiären Syphilis von RICORD genannt, und in der That, es giebt keine andere Hautanomalie, welche diese Form annimmt und einen solchen Typus darbietet.

Er sagt aus, dafs er nie irgend eine Krankheit gehabt habe und ist sich nicht bewufst, jemals an Syphilis gelitten zu haben; er giebt einige venerische Affektionen in der früheren Jugend zu, sowie auch das Vorhandensein von Geschwüren an den Genitalien, doch seien diese Störungen höchst geringfügig gewesen, und er habe niemals irgend eine antisyphilitische Kur durchgemacht. Die vorliegende Hautkrankheit begann im Jahre 1875, als er mit positivem Resultat wieder geimpft worden war. Die Pusteln nahmen einen normalen Verlauf, aber in ihrer nächsten Nähe schossen Protuberanzen hervor, welche vereiterten und kreisrunde Geschwüre bildeten, die dann ihrerseits Jahre hindurch stetig zunahmen; die alten Geschwüre heilten ab, während neue Protuberanzen in ihrer Umgebung hervortraten. Patient hat niemals ärztliche Hülfe nachgesucht, da er keine Schmerzen hatte; noch auch ist er jemals am Arbeiten verhindert gewesen.

Ich werde später auf diesen Patienten zurückkommen, und ich werde Ihnen noch einige andere Fälle zeigen; erst aber will ich ein paar Bemerkungen über tertiäre Syphilis im allgemeinen machen, sowohl in Bezug auf die Wichtigkeit derselben, ihre Häufigkeit, Ursachen, als auch betreffs einiger anderer Punkte, welche in den Lehrbüchern meistens nicht hervorgehoben werden.

Unter tertiärer Syphilis verstehen wir bekanntlich diejenigen Äufserungen des Leidens, welche (im Gegensatz zu dem sekundären Ausschlag) sich kennzeichnen durch die Ablagerung syphilitischer Produkte in der Tiefe der Haut oder der Schleimhäute, in den inneren Organen, im Nervensystem, den Knochen, Blutgefäfsen oder Muskeln, und welche, abgesehen von den verschiedenen makroskopischen Formen, die sie annehmen können, darin übereinstimmen, dafs sie keine Neigung zu Rückbildung zeigen, sondern durch Gangränbildung und Ulzerationen oder durch Organisierung zu fibrösem Gewebe dauernde Veränderungen hinterlassen, welche ihrerseits in Gestalt von Narben oder Gewebskontrakturen je nach ihrer Lokalität zu mehr oder weniger ernsten Störungen führen.

Der Ausdruck „tertiär“ ist allerdings nicht ganz genau und führt auch nach unserer heutigen Kenntnis der Syphilispathologie sogar möglicherweise zu Mifsverständnissen, aber derselbe hat den Vorzug, ein durch das Alter geheiligter Name zu sein, und jedermann weifs, was damit gemeint wird, während alle Versuche, die von Zeit zu Zeit gemacht worden sind, um die Scheidewand zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis zu zerstören, vergeblich gewesen sind. Der beste und logischste Vorschlag ist derjenige von Leloir, welcher für eine Einteilung aller syphilitischen Erscheinungen in syphilomes résolutifs und syphilomes non résolutifs plädiert; aber trotzdem die durch diese Nomenklatur verkörperte Idee eine ausgezeichnete zu nennen ist, so wird es jedenfalls lange dauern, bis dieselbe endgültig acceptiert wird, wenn sie überhaupt jemals allgemein gebraucht werden sollte.

Der Name tertiäre Syphilis wurde zuerst von Ricord gebraucht, der nach Ausführung von mehr als fünfzehnhundert Impfversuchen im Hôpital du Midi in Paris während der Jahre 1831—1837 sämtliche bislang gültige Ansichten über die Ätiologie und Pathologie der venerischen Krankheiten umstürzte. Er trennte die Gonorrhoe von der Syphilis, er bewies das Vorhandensein von Schankern der Harnröhre und teilte die Syphilis in drei Stadien ein: das primäre, sekundäre und tertiäre, für deren jedes er ausgesprochene charakteristische Merkmale und Symptome angab.

Das primäre Geschwür (der weiche Schanker, wie wir es jetzt nennen) konnte wiederholt auf den betreffenden Kranken oder auf ein anderes Individuum übergeimpft werden und ergab immer einen charakteristischen Schanker, dessen Sekret während des Stadiums der Ulzeration einimpfbar ist, was während des Reparationsstadiums nicht der Fall ist. Wenn das Sekret unter die Epidermis eingeführt wird, so entsteht eine Pustel, welche sich zu einem Geschwür ausbildet; wenn das Sekret auf eine Solutio continui appliziert wird, so erhalten wir eine Ulzeration; wenn es in einen Lymphkanal oder in eine Drüse gelangt, so erhalten wir einen Abscefs. Meistenteils führt der Schanker zu einem abscedierenden Bubo, und der Eiter des letzteren kann oft durch Überimpfung einen Schanker erzeugen.

Wenn der Schanker induriert wird — d. h. wenn seine Basis hart und knorpelartig wird —, so ist uns damit der Beweis gegeben, dafs das syphilitische Virus vom Organismus absorbiert worden ist. Nach einer gewissen Inkubationszeit von variabler Dauer treten die konstitutionellen Symptome auf der Haut, den Schleimhäuten oder an anderen Organen wie dem Auge oder dem Hoden hervor. Dies ist sekundäre Syphilis, welche weder kontagiös noch überimpfbar ist, dagegen auf die Nachkommenschaft übertragen werden kann.

Lange Zeit nach der Infektion treten die „tertiären“ Läsionen an den inneren Organen hervor, am Nervensystem und in den Knochen. Während dieses Stadiums ist die Krankheit weder kontagiös, noch auf die Nachkommenschaft übertragbar.

Sie sehen, meine Herren, dafs diese primäre Ansicht Ricords nicht mit unseren Ideen von der Pathologie der Syphilis übereinstimmt, und Ricord selbst sah sich genötigt, viele seiner Ideen zu modifizieren. So mufste er, durch die Experimente anderer überzeugt, zwei Arten von Schankern anerkennen, den „weichen“ und den „harten“, von denen der erstere kaum irgend etwas mit Syphilis zu thun hatte, und er war genötigt, zuzugeben, dafs die Syphilis während des sekundären Stadiums kontagiös sei. Seine primäre Syphilis hat demnach nichts mit Syphilis zu thun, und gegenwärtig haben wir nichts dementsprechendes, denn das Stadium, während dessen sich nur ein indurierter Schanker mit oder ohne Drüsenschwellungen findet, wird von uns, sowie den meisten Syphilidologen nicht als Syphilis angesehen, sondern als ein Symptom, auf welches in der Mehrzahl der Fälle diese Krankheit folgen wird. Die Syphilis rechnet man nur vom Beginn der konstitutionellen Symptome an, und demgemäfs beginnen wir mit der Allgemeinbehandlung erst beim Erscheinen dieses Stadiums. Die Bezeichnungen sekundäre und tertiäre Syphilis jedoch mit den charakteristischen, von Ricord präzisierten Symptomen sind heutzutage, allerdings mit gewissen Modifikationen betreffs des sekundären Stadiums, auf der ganzen Welt im Gebrauch und werden, wie bereits hervorgehoben, von jedermann verstanden.

Das tertiäre Stadium ist nach Ricord durch das Auftreten von „schweren“ Erscheinungen gekennzeichnet und wird gewöhnlich für das ernsteste gehalten, da ein derartiges Leiden auch zum Tode führen kann. Diese Ansicht ist aber nur teilweise richtig, denn die Gefahr ist ganz durch die Lokalität der Läsionen bestimmt. Eine syphilitische Läsion im Zentralnervensystem oder an einigen der gröfseren Blutgefäfse kann einen tötlichen Verlauf nehmen, während eine derartige Läsion in der Haut ohne irgend welche andere Folgen als die Entwickelung von Narben verlaufen kann; bei dem einen Fall erfordert die Krankheit eine energische Behandlung, wenn man ihren Verlauf aufhalten will, während bei dem anderen man Patienten finden kann, welche seit zehn, zwanzig Jahren an tertiären Läsionen der Haut gelitten haben, ohne dafs ihre Arbeitskraft vermindert oder ihre physische Gesundheit beeinträchtigt worden wäre; und wenn sie dann endlich sich einer Behandlung unterwerfen, so verschwinden die Symptome in auffallend kurzer Zeit.

Thatsache ist, dafs man die tertiäre Syphilis ansehen mufs als eine lokale Affektion, welche den Charakter einer infektiösen Krankheit verloren hat, als etwas von der sekundären Syphilis ganz verschiedenes, die

häufig, namentlich bei den „schwereren“ Ausschlägen, zu einer totalen Durchseuchung des Körpers mit dem Virus führt, so dafs das Blut und die meisten anderen Gewebe befähigt werden, die Infektion zu übertragen; die in dieser Periode geborenen Kinder weisen entweder schon bei der Geburt Zeichen der Syphilis auf, oder sie entwickeln dieselben bald nachher. Bei dem tertiären Stadium verhält sich dieses anders; nunmehr ist das Sekret der syphilitischen Läsionen nicht einimpfbar, und die Kinder sind bei der Geburt nicht mit dem Leiden behaftet. Somit ist die tertiäre Syphilis keineswegs eine Krankheit, die für das Gemeinwesen gefährlich wäre; was die Gefahr für das betreffende Individuum selbst betrifft, so hängt dieselbe, wie wir gesehen haben, absolut davon ab, welcher Teil gerade ergriffen ist. Wenn die Krankheit sich auf Gewebe oder Organe wirft, deren Funktionen für den Organismus von sehr grofser Bedeutung sind, so entsteht manchmal Siechtum oder Tod, aber bei einer grofsen Anzahl von Fällen bleibt die Affektion auf den Ort ihrer Lokalisierung beschränkt. Die syphilitische Kachexie, welche sich manchmal mit den tertiären Symptomen einstellt und den Tod des betreffenden Individuums herbeiführen kann, läfst sich oft auch auf andere, nicht-syphilitische, pathologische Zustände im Körper zurückführen, obgleich natürlich ein derartiger Zustand auch auf dem Vorhandensein syphilitischer Produkte in denjenigen Organen, deren Funktion zur richtigen Erhaltung des Körpers notwendig ist, beruhen kann.

Ist es unbedingt nötig, dafs jedermann, der Syphilis akquiriert hat, auch das tertiäre Stadium durchmachen mufs? Keineswegs; von den sogenannten tertiären Symptomen wird nur die Minderzahl befallen. Wie viele davon verschont bleiben, kann aus naheliegenden Gründen nicht mit Genauigkeit angegeben werden, da es für den Arzt unmöglich ist, alle seine Patienten ihr ganzes Leben hindurch zu verfolgen; und selbst wenn dieses auch möglich wäre, so würde die Frage immer für jeden einzelnen Fall offen bleiben: „Wenn die erkrankte Person lange genug gelebt hätte, würde sie nicht zu irgend einer Zeit einen tertiären Ausschlag entwickelt haben?“ Man kann aber leidlich zuverlässige Statistiken erhalten, wenn man die Gesamtsumme aller Syphilisfälle mit der Anzahl der in einem grofsen Hospital oder in der Privatpraxis behandelten tertiären Fällen vergleicht; freilich kann dies der wirklichen Häufigkeit des Leidens nicht genau entsprechen, aber wenn die Zahlen grofs sind, so kann der Irrtum kein so sehr erheblicher sein. Der Prozentsatz wird wahrscheinlich ein wenig zu hoch ausfallen, denn es mufs zugegeben werden, dafs die tertiären Symptome wegen ihres mehr chronischen Verlaufs und ihres Sitzes die Kranken eher veranlassen werden, ärztliche Hülfe nachzusuchen als die sekundäre Syphilis mit ihren oftmals transitorischen und milden Erscheinungen.

Sie können oft Leute mit ausgesprochenen tertiären Symptomen finden, die keine Idee haben, dafs sie jemals an sekundärer Syphilis gelitten haben.

Solche Statistiken giebt es mehrere, die alle, wie Sie finden werden, ziemlich übereinstimmende Resultate ergeben. ROLLET fand, dafs von einer grofsen Anzahl syphilitischer Fälle, die in der Antiquaille zu Lyon behandelt wurden, 16 von 100 tertiär waren; MAURIAC meint, dafs in Paris der Prozentsatz zu 5—15—20 angesetzt werden kann, wobei die niedrigeren Zahlen sich auf Privatpatienten, die höheren auf Personen, die während des sekundären Stadiums in Hospitälern behandelt wurden, sich beziehen. VAJDA fand in einem Zeitraum von 10 Jahren zwischen 6 und 8 Prozent tertiäre Fälle unter den syphilitischen Patienten des allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Ich habe die Krankengeschichten der von mir auf der vierten Abteilung des städtischen Hospitals in Kopenhagen während der Jahre 1882—92 behandelten Syphilisfälle durchgesehen, und ich finde, dafs dieselben 6364 an der Zahl sind; unter diesen waren 791 tertiär Syphilitische, was einen Prozentsatz von 12,4 ergiebt. Betreffs des Verhältnisses der Männer zu den Weibern ist nur ein sehr geringer Unterschied zu konstatieren, von den 6364 Fällen waren 3490 Männer, unter denen 454 tertiär ergriffen waren, was einen Prozentsatz von 13 ergiebt; die Weiber waren 2874 an der Zahl mit 337 tertiären Fällen, also 11,7 von 100.

Sie sehen also, diese Berechnungen stimmen ziemlich genau und beweisen, wie gesagt, dafs der Prozentsatz nicht sehr hoch ist.

Ist es nun möglich, bei den einzelnen Fällen im voraus zu erkennen, ob sich tertiäre Erscheinungen einstellen werden oder nicht? Nach den Symptomen der Krankheit ist es nicht möglich zu urteilen. Aussehen, Lokalisierung, Ausdehnung oder Verlauf des primären Schankers geben kaum irgendwelchen Anhaltspunkt betreffs der Art des nachfolgenden, sekundären Stadiums, ob dasselbe milde oder bösartig, von kurzer oder von langer Dauer sein wird. Noch weniger läfst sich voraussagen, ob irgendwelche tertiären Läsionen sich einstellen werden; letztere erscheinen oft eben so deutlich ausgesprochen nach einem ganz unbedeutenden Primärgeschwür mit sehr geringer Induration und nachfolgendem milden, kurzdauernden, sekundären Stadium wie bei den Fällen, wo der Schanker grofs, ulzeriert und von langer Dauer war. Noch auch giebt die kürzere oder längere Dauer der Drüsenschwellung irgendwelchen Aufschlufs in dieser Beziehung, obgleich man dies früher allerdings angenommen hat.

Andererseits werden wir aber sehen, dafs bei dem Individuum selbst sich Verhältnisse finden, die eine sehr grofse Hülfe zur Beantwortung

dieser Frage gewähren, und dafs bei einem späteren Stadium der Krankheit wir durch Kenntnisnahme der Lebensweise des Betreffenden während des vorherigen Teils der Affektion sowie der Therapie der letzteren bis zu dieser Periode im stande sind, mit einiger Sicherheit den weiteren Verlauf zu prognostizieren. Wir müssen indessen uns stets vergegenwärtigen, dafs die Syphilis eine Infektionskrankheit ist, und obgleich wir bisher das Virus oder den Bacillus derselben noch nicht sicher kennen, so stimmt sie mit anderen Infektionskrankheiten darin überein, dafs die Intensität des Leidens in direktem Verhältnis zu der Stärke und der Quantität des eingeführten „Giftes" steht und andererseits von der Art des Bodens, auf den es eingeimpft ist, abhängt. Dafs das syphilitische Gift verschiedene Stärkegrade haben kann, und dafs es ähnlich wie Bacillenkulturen abgeschwächt werden kann, ist durch das Studium der kongenitalen Syphilis erwiesen. Es kann beinahe als ausnahmsloses Gesetz angenommen werden, dafs die kongenitale Syphilis geringere und weniger ernste Symptome hervorruft, wenn blofs eines der Eltern daran leidet; dafs sie hingegen leichter letal und rapider verläuft, wenn die Konzeption während der Entwickelung des aktiven Stadiums bei einem der Eltern stattfindet, als während einer Latenzperiode; und ferner, dafs je längere Zeit seit der Infektion der Eltern verflossen ist, desto gröfser und stärker das Kind bei der Geburt ist, und desto leichter die Symptome verschwinden werden; endlich hat eine rationelle Behandlung der Eltern vor Eintritt der Empfängnis und der Mutter während der Gravidität einen entschieden günstigen Einfluſs auf die Gesundheit des Kindes.

Die Stärke des „Virus" scheint von gröfserer Wichtigkeit zu sein als die Art des Bodens, auf den es übertragen wird; wir haben aber leider kein Mittel, um den Grad der Virulenz zu messen. Sie werden finden, dafs die von einer und derselben Frau innerhalb eines kurzen Zeitraums auf mehrere Männer übertragene Infektion bei allen einen sehr schweren Verlauf nehmen kann, abgesehen von den Verschiedenheiten in der Konstitution der einzelnen Männer; andererseits sieht man aber auch, wie dieselbe Frau auf eine Anzahl von Männern eine Syphilis überträgt, die in Bezug auf ihren Grad und Intensität die gröfsten Verschiedenheiten aufweist; bei einigen Fällen kann man nachweisen, dafs bei den Männern, die schwer ergriffen werden, es sich um Konstitutionen handelt, die durch irgendwelche vergangene oder gegenwärtige Allgemeinerkrankung geschwächt worden sind; während wir bei anderen Fällen eingestehen müssen, dafs wir über die Ursachen der Malignität des Leidens vollständig im Dunklen sind.

Was den Zeitpunkt der Erscheinung der tertiären Syphilis nach der Infektion betrifft, so variiert derselbe bekanntlich mehr oder

weniger; tertiäre Fälle sind nicht immer „späte“ Fälle; es giebt Beispiele, dafs derartige Erscheinungen bereits wenige Monate nach dem Acquirieren der Krankheit auftreten. Nicht selten hingegen finden wir, dafs die tertiäre Syphilis erst viele Jahre nach der Infektion sich einstellt; bei einigen Fällen können sogar dreifsig oder vierzig Jahre oder noch mehr zwischen den beiden Perioden vergehen, und Patienten, welche beinahe vergessen haben, dafs sie einmal einen Schanker hatten, sind sehr überrascht, wenn sie erfahren, dafs das Geschwür im Rachen oder die Exostose auf dem Schienbein, wegen derer sie den Arzt konsultieren, in direkter Beziehung stehen mit einem unbedeutenden Schanker oder einer milden Syphilis, die sie in ihrer Jugend durchgemacht haben. Unter den Statistiken des berühmten Syphilidologen FOURNIER, die Bezug haben auf tertiäre Fälle seiner eigenen persönlichen Beobachtung, finden Sie unter 2395 Fällen einige, welche 52, 54 und 55 Jahre nach der Infektion eintraten. Die meisten Fälle von diesen Statistiken jedoch kommen im dritten Jahre vor, und beinahe ebensoviele im vierten und zweiten Jahr, so dafs nach seiner Zusammenstellung dieses Triennium die bevorzugte Zeit für die Entwickelung der tertiären Syphilis ist. Vom zehnten und elften Jahre nach der Infektion ab findet eine allmähliche Abnahme der Zahl der Fälle bis zum vierzigsten Jahre statt. Wie oben angegeben, treten nur ganz ausnahmsweise nach diesem Zeitpunkt Symptome hervor.

Bei meinen 791 Fällen von tertiärer Syphilis stimmt das Datum des Eintretens dieser Symptome ziemlich genau mit den FOURNIERschen Angaben überein, indem die grofse Mehrzahl innerhalb der ersten vier Jahre nach der Infektion sich einstellte. Bei Männern ist das erste Auftreten bis zum zwölften Jahre nichts ungewöhnliches, aber später findet es weniger häufig statt. Bei Frauen hingegen scheint die Häufigkeit bereits jenseits des sechsten Jahres beträchtlich abzunehmen. In meinen Hospitalstatistiken habe ich nicht einen einzigen Fall, bei welchem mehr als 30 oder 31 Jahre zwischen der Infektion und dem Ausbruch der tertiären Syphilis verflossen wären; aber aus meiner Privatpraxis kenne ich einige Fälle, bei denen 40 Jahre und noch mehr zwischen den zwei Stadien gelegen haben.

Um mir womöglich eine bestimmtere Idee von den Ursachen der tertiären Syphilis und deren Wichtigkeit zu verschaffen, habe ich meine 791 Fälle in drei Klassen eingeteilt, nämlich:

A. Diejenigen Syphilisfälle, die vorher nicht spezifisch behandelt worden sind.

B. Diejenigen, bei denen eine Behandlung im sekundären Stadium vorgenommen worden ist, aber mangelhaft ausgeführt wurde, sei es, dafs

sie von zu kurzer Dauer war oder zu spät im Verlaufe der Krankheit angefangen wurde.

C. Patienten, welche früher durch mehrmalige Anwendung von Quecksilber und von Jodkalium oder Dekokt von Sarsaparilla zweckmäfsig behandelt worden sind.

Auf diese drei Rubriken verteilen sich die Fälle folgendermafsen:

In der Gruppe	A	111 Männer,	120 Frauen.
„ „ „	B	284 „	177 „
„ „ „	C	59 „	40 „
Zusammen		454 Männer,	337 Frauen.

Demnach finden sich unter 791 Fällen von tertiärer Syphilis 395 Männer und 297 Frauen, die entweder in keiner Weise vorher wegen Syphilis behandelt worden sind, oder die nur eine unzureichende Behandlung in einem früheren Stadium des Leidens durchgemacht haben.

Ich bin deshalb der Ansicht, dafs der Mangel einer richtigen Quecksilberkur im zweiten Stadium der Syphilis die wichtigste und häufigste Ursache der Entwickelung von tertiären Symptomen abgiebt.

So müssen wir denn bei der Gruppe C, welche 99 Personen umfafst, uns nach anderen Ursachen umsehen, welche zur Entwickelung tertiärer Symptome prädisponieren können. Durch ein sorgfältiges Studium dieser Fälle und bei Berücksichtigung der Gesundheit des Individuums, der Geschichte und des Verlaufs des Syphilisanfalls, sowie ferner der von dem Patienten befolgten Lebensweise während der Attacke, der äufseren Umstände, unter denen er sich befand, und der Art, in der er während der früheren Stadien behandelt wurde, kam ich zu dem Resultat, dafs neben der oben angegebenen Ursache, deren Wichtigkeit nicht genügend hervorgehoben werden kann, ich auch die folgenden anführen mufs: — chronischer Alkoholismus; das gleichzeitige Vorhandensein anderer chronischer oder infektiöser Krankheiten; Infizierung im höheren Alter; Zustände, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, z. B. Sorgen; die aus anderen Breitengraden eingeführte Infektion; vorhergehende oder nachfolgende Infektion mit Malaria oder irgend einem anderen klimatischen Fieber, Idiosynkrasie oder Intoleranz des Individuums gegen Quecksilber.

Unter den 99 Personen der Gruppe C finden sich nur 24 (12 Männer und 12 Frauen), bei denen ich eine plausible Ursache für ihr Befallenwerden mit tertiären Symptomen nicht anzugeben wüfste. Die Kranken sind durchweg junge oder mäfsig alte Leute von anscheinend gesunder Konstitution; es ist nicht bekannt, dafs sie sich irgendwelchen Excessen hingegeben hätten, und ihre äufseren Lebensverhältnisse sind

weder schlecht noch ungesund gewesen. Sie sind alle im frühen Stadium behandelt worden und haben verschiedene, oft auch viele Kuren mit Quecksilber durchgemacht. Es bleibt demnach nur die eine Frage zu beantworten, ob die Art der merkuriellen Behandlung, welcher sie sich unterzogen haben, bei diesen Fällen die richtige und zweckmäfsigste war. Die Inunktionskur ist die Methode der Anwendung, welche stets gebraucht wurde, und die hier die übliche ist, und obgleich ich im allgemeinen diese Methode für die wirksamste halte, so darf man nicht vergessen, dafs es Individuen giebt, für welche dieselbe nicht passend ist; die Hauptsache bei dieser Behandlung ist, dafs die Salbe in die Mündungen der Follikel eingerieben wird; aber es giebt Leute, deren Follikel so klein und eng sind, dafs dies nicht geschehen kann oder zum wenigsten sehr schwierig ist; denn wo der Patient eine dünne, zarte und trockene Haut hat, wird man nie durch das Einreiben der Salbe eine trockene Beschaffenheit der Haut erzeugen, was bei dieser Behandlungsmethode das Wesentliche ist. Ferner überlassen wir es hier zu Lande den Patienten, die Behandlung selbst auszuführen; aus verschiedenen Gründen ist es nicht möglich, dies anders einzurichten. Obgleich nun diese Einreibung einigermafsen unter Beaufsichtigung stattfindet, so ist es nicht immer möglich, sich zu überzeugen, dafs jeder Kranke die Behandlung in wirksamer Weise und während einer geeigneten Zeitdauer d. h. 20 bis 25 Minuten ausführt. Auch sind viele Patienten in den früheren Stadien aufserhalb des Krankenhauses behandelt worden, was die Therapie noch um so unsicherer macht; ferner begehen die Ärzte im allgemeinen den Irrtum, dafs sie ihre Kranken nicht genügend über die Art und Weise, wie die Behandlung stattfinden soll, unterrichten, noch auch beobachten sie die Wirkung resp. den Mangel an Wirkung des Quecksilbers sorgfältig genug. Es genügt nicht, ein Rezept für graue Salbe aufzuschreiben und den Kranken zu sagen, dafs sie abends beim Zubettgehn sich damit einreiben sollen; es müssen vielmehr die minutiösesten Vorschriften gegeben werden, und man mufs darauf achten, dafs dieselben auch sorgfältig ausgeführt werden; geschieht dies nicht, dann können Sie sicher sein, dafs der Kranke irgend etwas verkehrt machen wird; man thut gut, anzunehmen, dafs der Betreffende in jeder Hinsicht unwissend sei. Ich glaube deshalb, dafs bei diesen 24 Patienten oder wenigstens bei einigen unter ihnen die früheren Quecksilberkuren nicht in der richtigen Art und Weise ausgeführt worden sind, oder auch, dafs die vorgeschriebene Methode nicht für den jeweiligen Fall der passendste war.

Da, wie ich bereits hervorhob, die Folgen der tertiären Syphilis je nach der Lokalisierung der Läsionen so erheblich variieren, so ist es nicht ohne Interesse, die Häufigkeit, mit welcher hier zu Lande die verschiedenen Organe befallen werden, festzustellen.

Ich gestatte mir zunächst, ihre Aufmerksamkeit auf die hier vorgelegte Liste hinzuweisen; dieselbe drückt in Zahlen die Häufigkeit aus, mit der die verschiedenen Organe bei den 454 Männern mit tertiärer Syphilis erkrankten, unter Beibehaltung der oben angeführten drei Klassen:

Liste I. — Männer.

	A	B	C	Zusammen
Die Haut und das subkutane (fibröse) Gewebe.....	38	83	23	144
Die Haut und die Schleimhäute.....	6	11	4	21
Die Haut, die Schleimhäute und das Knochensystem	3	3	—	6
Die Haut, die Schleimhäute und das Nervensystem..	1	—	—	1
Die Haut und das Knochensystem.....	7	18	1	26
Die Haut und das Nervensystem	5	7	2	14
Die Haut, das Knochen- und Nervensystem	2	1	—	3
Die Haut und innere Organe	4	9	1	14
Die Haut, das Knochensystem und innere Organe...	—	6	—	6
Die Schleimhäute.....	7	12	5	24
Die Schleimhäute und das Knochensystem.....	7	3	5	15
Die Schleimhäute und das Nervensystem.....	—	1	—	1
Die Schleimhäute und innere Organe	—	2	1	3
Die Schleimhäute, das Knochensystem und innere Organe	—	1	—	1
Das Knochensystem.....	7	26	3	36
Das Knochensystem und innere Organe.....	1	4	—	5
Das Nervensystem (einschliefslich der Sinnesorgane).	21	83	13	117
Das Nerven- und Knochensystem.....	1	5	—	6
Das Nervensystem und innere Organe	—	1	1	2
Innere Organe	1	8	—	9
Zusammen...	111	284	59	454

Hieraus geht hervor, dafs die Haut 235 mal affiziert war; das Nervensystem 144 mal; das Knochensystem 104 mal; die Schleimhäute 72 mal, innere Organe 40 mal.

Dies war das Ergebnis bei den Männern. Wenden wir uns nun zu der anderen, die Weiber betreffenden Liste:

Liste II. — Frauen.

	A	B	C	Zusammen
Die Haut und das subkutane (fibröse) Gewebe.....	44	72	15	131
Die Haut und die Schleimhäute.....	9	12	5	26
Die Haut, die Schleimhäute und das Knochensystem	2	3	4	9
Die Haut, Schleimhäute, das Knochen- und das Nervensystem.....	1	—	—	1
Die Haut, Schleimhäute, das Knochensystem und innere Organe.....	1	1	—	2
Die Haut und das Knochensystem.....	15	18	5	38
Die Haut, das Knochen- und das Nervensystem.....	1	2	1	4
Die Haut, das Knochensystem und innere Organe...	1	—	—	1
Die Haut und das Nervensystem	3	2	1	6
Die Schleimhäute.....	7	15	3	25
Die Schleimhäute und das Knochensystem.....	3	8	—	11
Die Schleimhäute, das Knochen- und das Nervensystem	1	1	—	2
Die Schleimhäute und das Nervensystem	1	1	—	2
Die Schleimhäute, das Knochensystem und innere Organe	—	1	—	1
Das Knochensystem.....	19	13	2	34
Das Knochensystem und innere Organe.....	2	1	—	3
Das Nervensystem (einschliefslich der Sinnesorgane).	10	25	4	39
Das Nerven- und das Knochensystem	—	2	—	2
Zusammen...	120	177	40	337

Wir sehen also die Haut 218 mal, das Knochensystem 108 mal, die Schleimhäute 79 mal, das Nervensystem 56 mal und innere Organe 7 mal befallen werden.

Somit zeigte es sich, dafs bei uns zu Lande die Haut der am häufigsten von der tertiären Syphilis befallene Teil ist (im ganzen 453 mal), während das Knochensystem und die Schleimhäute bei Frauen etwas häufiger affiziert sind als bei Männern; bemerkenswert ist aber der Unterschied in der Häufigkeit des Befallenwerdens des Nervensystems und der inneren Organe bei den beiden Geschlechtern; dieselben sind, wie es sich ergiebt, bei Männern bedeutend häufiger der Sitz tertiärer Symptome als bei Frauen. Ich hege keinen Zweifel, dafs dieses eine Folge von Alkoholismus ist, der ja bei Männern viel häufiger vorkommt als bei Frauen.

Für beide Geschlechter zusammen stellt sich die Häufigkeit der Lokalisation der Läsionen folgendermafsen dar:

Die Haut 453 mal, das Knochensystem 212 mal, das Nerven-

system 200 mal, die Schleimhäute 151 mal, innere Organe 47 mal.

Der Umstand, dafs die Haut so häufig affiziert ist — mehr als zweimal so oft wie irgend ein anderes Organ —, giebt die Erklärung dafür, dafs die tertiäre Syphilis bei uns zu Lande meistenteils in milder Form auftritt, indem das Leiden selten Kraftverluste, Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zur Folge hat.

Ich habe wiederholt den Ausdruck „hier zu Lande" gebraucht, und Sie dürften demnach zu der Frage berechtigt sein: Variiert die tertiäre Syphilis je nach den verschiedenen Ländern? Ich glaube, dafs dem so ist, denn ich bin der Meinung, dafs die Gewohnheiten eines Volkes, seine Lebensweise und der Grad der Zivilisation einigen Einfluſs auf den Verlauf einer Krankheit wie die Syphilis auszuüben im stande sind. Der Bildungsgrad des Volkes und der Ärzte selbst ist eine höchst wichtige Sache, denn, wie ich bereits gezeigt habe, ist die unzureichende Behandlung oder der Mangel jeglicher Therapie während der früheren Stadien eine der häufigsten Ursachen der Entstehung der tertiären Syphilis. Aus diesem Grunde werden das „Jütländische Syphilid", die „Norwegische Radesyge", die „Faleadina Istriens", die „Scotch Sibbens", Namen, die ursprünglich auf syphilitische Tertiärformen angewandt wurden, immer seltener, je weiter die Zivilisation fortschreitet, und je besser man die Behandlung der Syphilis verstehen lernt. Die Statistiken über die Lokalisierung der tertiären Lues, wie ich sie Ihnen habe geben können, sind allerdings nicht grofs an Zahl; es stehen uns aber noch andere zu Gebote, und nach diesen stimmt die Häufigkeit der tertiären Erscheinungen ziemlich genau in allen den verschiedenen Ländern überein, und die Schwere des Leidens hängt gänzlich von der Lokalisation dieser Erscheinungen ab. Solche Statistiken führen aber häufig irre, und der Unterschied der Häufigkeit des Ergriffenseins der einzelnen Organe, der sich manchmal in den verschiedenen Tabellen findet, mag durch Ursachen bedingt sein, die nicht ohne weiteres sich feststellen lassen. Als Beispiel will ich die obenerwähnten, vorzüglichen Statistiken Fournier's herausgreifen. Hier finden wir das Nervensystem am häufigsten ergriffen, denn von 3429 Fällen hatte das Leiden bei 1085 diesen Teil ergriffen.

Wie sollen wir nun diesen grofsen Unterschied erklären? Ich glaube, derselbe beruht hauptsächlich darauf, dafs unser Material je aus verschiedenen Quellen stammte. Während nämlich meine Beobachtungen sich auf Hospitalskranke, also im wesentlichen auf den Arbeiterstand und die unteren Schichten der Gesellschaft beziehen, sind die Fournier'schen Zahlen aus seiner Privatpraxis geschöpft, welche vermutlich Personen der höheren Klassen und der wohlhabenderen Gesellschaft umfafste. Bei den letzteren ist das Nervensystem entschieden stärker „abgenutzt". Bei den

Leuten aus dem Arbeiterstande besteht die tägliche Beschäftigung aus körperlicher Anstrengung, bei den höheren Gesellschaftsklassen aus geistiger Arbeit; diese allein macht die betreffenden Personen mehr zu Störungen des Nervensystems geneigt. Die gewöhnlichen Reizmittel des Nervensystems ferner, Alkohol, Tabak und Narcotica, werden vermutlich von den höheren Gesellschaftsklassen vielleicht nicht in gröfseren Quantitäten, aber doch in einer mehr konzentrierten und nachteiligen Form gebraucht.

Diese Überlegungen führen nun naturgemäfs zu der Frage: Wissen wir denn, warum die tertiäre Syphilis bei den verschiedenen Individuen verschiedene Organe befällt? Können wir den Grund angeben, weshalb die tertiäre Syphilis sich gerade an einer gegebenen Stelle lokalisiert? Die Antwort hierauf lautet, dafs dies in vielen Fällen uns vollständig unerklärlich ist, dafs wir aber durch gründliches Nachforschen nicht nur in Bezug auf den Verlauf der Krankheit, sondern auch betreffs des ganzen Lebens und der Verhältnisse der Patienten manchmal im stande sind, teils einleuchtende Gründe, teils wenigstens Vermutungen oder Möglichkeiten aufzudecken, welche dann, je häufiger sie sich finden, eine desto gröfsere Bedeutung gewinnen werden.

Ich will das Ergebnis meiner Untersuchungen und Beobachtungen nach dieser Richtung hin hier mitteilen.

Bekanntlich giebt es Individuen, bei denen durch das ganze Stadium der sekundären Syphilis hindurch die Läsionen auf die Haut beschränkt bleiben, während bei anderen ausschliefslich die Schleimhäute beteiligt sind; so viele Recidive auch immer diese Personen durchmachen mögen stets bleiben die Läsionen auf die nämlichen Organe beschränkt. Die Haut resp. die Schleimhäute scheinen bei diesen Kranken ein Locus minoris resistentiae zu sein. Wenn nun solche Patienten tertiäre Syphilis entwickeln, so werden wir sehen, dafs in diesem Stadium gerade dieselben Teile affiziert sind. Haben denn in solchen Fällen die Haut und die Schleimhäute noch ihre mangelhafte Widerstandsfähigkeit beibehalten? Es ist dieses möglich, aber ich möchte lieber glauben, dafs da andere Ursachen im Spiele sind. Man kann nämlich auch annehmen, dafs nach den vorhergehenden Attacken an gewissen Stellen eine Ablagerung des Giftes zurückgeblieben ist, und dafs aus bestimmten Gründen dasselbe von neuem in Thätigkeit versetzt worden ist. Sehr zu Gunsten dieser Auffassung spricht die Neumannsche Untersuchung von Hautteilen, welche lange vorher Sitz eines syphilitischen Ausschlags gewesen waren und welche makroskopisch zwar vollständig normal aussahen, aber bei mikroskopischer Untersuchung unzweifelhaft pathologische Veränderungen aufwiesen. Der Umstand, dafs man tertiäre Symptome bei manchen Patienten sich genau an denselben Stellen entwickeln sieht, wo die sekundären Läsionen gesessen hatten, ist ein weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser

Ansicht. So habe ich Fälle gesehen, bei denen genau an derselben Stelle auf der Zunge oder im Rachen, wo früher recidivierende Papeln gesessen hatten, sich Gummata einstellten. Ferner habe ich in den noch schwach pigmentierten Narben nach einem papulo-pustulösen Syphilid, das viele Jahre früher bestanden hatte, Hautgummata auftreten sehen, und am Knochensystem sieht man periostale Gummata accurat an derselben Stelle hervortreten, wo während des frühen sekundären Stadiums eine geringe periostale Verdickung oder Empfindlichkeit zu konstatieren war. Ein Beispiel, welches auch die Richtigkeit dieser Annahme sehr wesentlich bestätigt, ist der sogenannte Chancre redux, wovon ich mich freue Ihnen ein Beispiel zeigen zu können.

Sie sehen hier einen 37jährigen Arbeiter, der vor zehn Jahren mehrmals wegen eines gelinden sekundären Ausschlags in diesem Hospital behandelt worden ist; er hatte einen harten Schanker im Sulcus coronarius, allgemeine Drüsenentzündung und Maculae; das zweite Mal fanden sich auch Papeln um den Anus und Roseolen. Seit jener Zeit hat er, wie er sagt, gar keine Zeichen der Krankheit wahrgenommen. Ungefähr vor einem Monat entdeckte er an genau derselben Stelle, wo der erste Schanker gesessen hatte, eine geringe Geschwürsbildung, die nachher zunahm. Er hielt dieselbe für ganz belanglos, da er sicher war, dafs er sich nicht infiziert haben konnte; er ist verheiratet und hat nur mit seiner Frau Umgang gehabt. Da das Geschwür aber zunahm, so suchte er nun hier im Hospital ärztliche Hülfe nach.

Sie sehen jetzt auf der linken Seite des Sulcus coronarius ein tiefes Geschwür von der Gröfse eines Nufskernes mit eiterbedecktem Grunde und ziemlich scharf abgeschnittenen Rändern. Dasselbe ist in der Mitte einer beträchtlichen Erhöhung gelegen, die man leicht sehen und wegen ihrer Härte und der Schärfe der Ränder noch leichter fühlen kann; dasselbe ist fast so grofs wie eine dänische Krone und erstreckt sich bis tief ins Corpus cavernosum hinein. Es finden sich weder Drüsenschwellung in der Leiste noch andere Anzeichen der Syphilis. Er sagt selbst aus, dafs der erste Schanker vollständig verschwunden war, und die früheren Aufzeichnungen über seinen Fall bestätigen seine Angabe.

Somit finden Sie, dafs hier eine typische, ulzerierte, tertiäre Läsion sich auf dem Sitze des alten Schankers entwickelt hat, und wir müssen demnach vermuten, dafs trotz der allem Anscheine nach vollkommenen Heilung des Schankers ein Virus zurückblieb, das aus irgendwelcher Ursache wieder zur Aktivität entfacht wurde. Später im Semester werden Sie sehen, dafs die zur Heilung der Ulzeration und zum Vertreiben der Induration angewandte Therapie diejenige sein wird, welche wir gewöhnlich bei tertiären Fällen anwenden, und dafs das Leiden den Charakter einer rein lokalen Affektion ohne spätere Allgemeinerscheinungen beibehalten wird. Ein derartiger Chancre redux wird oft irrtümlicherweise für einen indurierten, ulzerierten Schanker gehalten; die Anamnese, das Fehlen der Drüsenschwellungen, das Ausbleiben von sekundären Symptomen sollten das Vorkommen derartiger Irrtümer verhindern, deren Bedeutung Sie leicht genug einsehen werden.

Aufser dieser Neigung gewisser Produkte, in den Geweben nach dem

Verschwinden der früheren syphilitischen Erscheinungen zu verbleiben, scheinen andere, nicht-syphilitische, pathologische Zustände die Lokalisierung der tertiären Symptome zu beinflussen. So scheint eine vorherige tuberkulöse Affektion der Haut, der Schleimhäute oder der Knochen zur Entwickelung tertiär-syphilitischer Läsionen in den betreffenden Geweben und an genau denselben Stellen zu prädisponieren. Wenn ein Patient mit irgend einem Leiden des Centralnervensystems, z. B. Epilepsie, Syphilis acquiriert und dieselbe nicht frühzeitig geheilt wird, so hat er alle Aussicht, an einer syphilitischen Affektion des Gehirns zu erkranken. Wiederum finden Sie oft, dafs eine syphilitische Sarcocele auf eine gonorrhoische Epididymitis folgt.

Hereditäre Disposition scheint jedenfalls auch die Lokalisation der tertiären Syphilis zu bestimmen; dies äufsert sich am deutlichsten beim Nervensystem; hier kann man fast mit Bestimmtheit das Schicksal eines Patienten, falls er das tertiäre Stadium erreichen sollte, vorhersagen.

Schliefslich will ich die Rolle, welche Traumen bei der tertiären Syphilis spielen, erwähnen; dieselbe ist meines Erachtens eine sehr grofse und wahrscheinlich sogar eine noch gröfsere, als gewöhnlich angenommen wird. Ich glaube nicht, dafs eine einzelne Verletzung oder eine Reihe von Verletzungen das Entstehen einer tertiär-syphilitischen Läsion an irgend einer gegebenen Stelle bedingen kann, aber ich glaube, dafs in vielen Fällen ein Trauma das veranlassende Moment ist, das „Etwas", welches das Gift zur Thätigkeit anfacht, wenn es zufälligerweise eine Stelle findet, wo letzteres abgelagert ist.

Um auf unseren Patienten zurückzukommen: Ich bin überzeugt, dafs das Impfen die Ursache des Wiederauftretens der syphilitischen Erscheinungen, die so viele Jahre hindurch latent gewesen sind, abgegeben hat. Ich vermute, dafs an dieser Stelle, welche so oft Sitz eines sekundären Ausschlags ist, ein Virus in der Haut abgelagert worden ist und dafs dasselbe durch die entzündlichen Vorgänge des Impfens in ein Stadium der Aktivität übergeführt worden ist. Ich bin der Ansicht, dafs der Grund, weshalb dieses Virus noch nach so vielen Jahren bestehen geblieben ist, darin liegt, dafs während des sekundären Stadiums keine Behandlung instituiert wurde.

Ich kann Ihnen einen anderen Patienten zeigen, bei dem das Impfen auf ähnliche Weise gewirkt hat.

Es handelt sich um einen untersetzten, aber gut entwickelten, zwölfjährigen Knaben; der Nasenrücken ist nur wenig eingedrückt; zwei Schneidezähne des Oberkiefers, sowie alle vier Schneidezähne nebst den beiden Augenzähnen des Unterkiefers haben vorne tiefe, quer verlaufende Furchen. Die Augen sind normal, das Gehör intakt. Sein Aussehen läfst kongenitale Syphilis vermuten, und dies wird bestätigt durch den Umstand, dafs sein Vater hier im Hospital mehrmals wegen Syphilis in

Behandlung gewesen ist. Es wird jedoch angegeben, dafs er keine syphilitischen Erscheinungen darbot, bis er sechs oder sieben Jahre alt war. Alsdann wurde er geimpft, und später entwickelte er eine Hautaffektion, die von den Impfpusteln ausging und stetig zunahm. Einige Jahre später kamen ähnliche Läsionen auf dem rechten Ellbogen und am rechten Bein zum Vorschein.

Auf der lateralen Seite des linken Oberarms sehen Sie an der Stelle, wo das Impfen gewöhnlich vorgenommen wird, eine etwa kartenblattgrofse Fläche, welche unregelmäfsig vernarbt ist, wobei die Narben offenbar aus den dicht gestellten, erbsengrofsen Geschwüren hervorgegangen sind; aufserhalb dieser Narbe sieht man viele Narben von ähnlichem Aussehen; auf der Oberfläche der Narbe und namentlich längs dem Rande derselben sehen Sie etwa zehn kupferfarbene, ungefähr erbsengrofse Knötchen; einige derselben sind mit Schüppchen, andere mit Borken bedeckt. Auf dem rechten Arm, gerade unterhalb des Ellenbogens, finden Sie eine kleinere Gruppe von Narben ähnlicher Art mit einigen frischen Knötchen am Rande, und auf der Vorderfläche des rechten Unterschenkels finden Sie noch eine aus fünf Narben bestehende Gruppe; hier aber finden sich keine Knötchen. Somit ist hier die erste Läsion durch das Impfen bedingt worden, während die anderen auf Traumen zurückgeführt werden müssen, und sie sind jedenfalls auf Stellen lokalisiert, die häufig äufseren Gewalten ausgesetzt sind.

Ich mufs Sie ferner aufmerksam machen auf die Häufigkeit, mit welcher Traumen zu periostalen Gummata Anlafs geben; warum sollten diese denn sonst sich am häufigsten gerade an denjenigen Knochen finden, welche subkutan gelegen und demnach am leichtesten Verletzungen ausgesetzt sind? Namentlich an den prominenten Teilen des Stirnbeins, des Sternums, der Clavicula, dem hinteren Rande der Ulna und der vorderen Kante der Tibia finden wir eben am häufigsten diese Läsionen. Am Bein, wo man häufig kutane und subkutane Gummata findet, müssen wir aufser auf Traumen auch Gewicht legen auf den durch die venöse Dilatation und Stase gesetzten Reiz in den Geweben, welche Erscheinungen an dieser Stelle so häufig zu konstatieren sind. Doch kann dieses allerdings nur als ein prädisponierendes Moment angeführt werden.

Gummata der Zunge und der Hoden wird man bei sorgfältiger Untersuchung oft auf irgend eine Verletzung zurückführen können.

Hier zeige ich Ihnen einen Mann mit doppelter Sarcocele und einer anderen tertiären Erscheinung am Gesicht. Beide Affektionen sind offenbar durch Traumen in die Erscheinung gerufen worden. Er ist ein Arbeitsmann, 28 Jahre alt, von alkoholischem Aussehen. Er wurde im Jahre 1883 infiziert, liefs sich aber erst ein Jahr später behandeln und zwar nur ein einziges Mal. Im Jahre 1885 erlitt er einen schweren Schlag gegen das Skrotum; die Hoden schwollen an, aber die Anschwellung ging dann wieder zurück. Von Zeit zu Zeit haben sie indessen eine Volumszunahme erkennen lassen. Vor zwei Monaten wurde er „an Mund und Nase“ von einem Pferd gestofsen. Nachher enstand das Nasenleiden.

Der rechte Hode ist von Enteneigröfse, hart und schwer, aber nicht empfindlich, mit zahlreichen Unebenheiten besetzt. Sowohl der Hoden selbst, als auch der Nebenhoden sind ergriffen. Der linke Testis ist von der Gröfse eines Hühnereies und ähnlich wie der rechte.

Auf dem unteren Teile der Nase und der angrenzenden Hälfte der Oberlippe

sehen Sie eine tiefe, geschwürige Fläche mit erhabenen Rändern; fast das ganze Septum cartilagineum ist verloren gegangen, und die Ulzeration erstreckt sich noch eine ganze Strecke weit in die Nase hinein.

Ich bin der Meinung, dafs die Lokalisation der Läsionen bei diesem Falle jedenfalls durch die erlittenen Verletzungen bedingt ist, und dafs der Grund der Entwickelung einer tertiären Syphilis in der sehr mangelhaften Behandlung während der ersten Perioden des Leidens und in seinem Alkoholismus zu suchen ist. Mit Bezug auf die Sarcocele ist zu erwähnen, dafs er niemals Gonorrhoe gehabt hat.

Zum Schlufs will ich Ihnen noch einen Fall von tertiärer Syphilis der Haut zeigen, bei dem die den Ausbruch bedingende Verletzung einigermafsen seltsam ist. Der Patient ist ein 37jähriger Kellner, Potator, der im Jahre 1874 an Syphilis erkrankte und damals hier im Hospital mit fünfzig Einreibungen behandelt wurde. Er meint, dafs er seitdem keinen Ausschlag gehabt hat, und jedenfalls ist er seitdem nicht wieder wegen Lues behandelt worden. Jetzt sehen Sie auf der linken Inguinalgegend eine unregelmäfsige, pigmentierte Narbe etwa von der Gröfse zweier Handteller, von einer Reihe von Erhebungen eingefafst (deren jede etwa die Gröfse einer Erbse hat, und welche miteinander konfluieren) und auch von tiefen, scharf umschriebenen und zum Teil mit Borken bedeckten Geschwüren. Diese Narbe erstreckt sich nach der Schamgegend hin und zum Teil bis auf das Dorsum penis, sowie eine beträchtliche Strecke weit auf die vordere und äufsere Fläche des Oberschenkels. Diese Affektion fing etwa vor vier Monaten an mit einer wunden Stelle auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels, der linken Hosentasche entsprechend, in der er immer seine Schlüssel und loses Geld trägt. Die Wunde wollte nicht heilen; sie wurde fortwährend durch den Inhalt seiner Tasche gereizt und vergröfserte sich fortwährend, obgleich die zentralen Teile bald abzuheilen anfingen.

Sie werden finden, dafs dies in jeder Beziehung mit der Hautaffektion an dem ersten Ihnen vorgestellten Patienten zu vergleichen ist. C'est la signature de la syphilis.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Versammlungen.

Aus den Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses zu Berlin, August 1890.

Herausgegeben vom Redaktions-Komitee, Berlin 1891.

Aus den Verhandlungen des obigen Kongresses haben folgende dermatologisches Interesse:

Sektion für Anatomie.

POIRIER: **Anatomie des Nebenhodens, das „Vas du rete", Spermacysten.**

Vortragender fand in etwa der Hälfte der von ihm untersuchten Fälle ein „Vas du rete", ein blindes Anhängsel, welches sich hinter dem letzten der Vasa efferentia vom Rete abzweigt. Die Spermacysten werden meist als Retentionscysten angesehen, doch sind sie dies in einer sehr grofsen Zahl der Fälle nicht, denn es kommen

Cysten in der Serosa zwischen Epididymis und Testikel vor, die mit den Samengängen gar nichts zu thun haben, sondern ihre Entstehung der anatomischen Entwickelung der Serosa an dieser Stelle im Laufe des Wachstums des Menschen verdanken.

Semon: **Über die morphologische Bedeutung der Urniere in ihrem Verhältnis zur Vorniere und Nebenniere und über ihre Verbindung mit dem Genitalsystem.**

Die Untersuchungen wurden an Ichthyophis glutinosus angestellt, der die bestausgebildete Vorniere besitzt. Dieselbe hat ein Malpighisches Körperchen, wie die Urniere; dies ist ein Divertikel der Leibeshöhle. Die Urnierenkanälchen stellen die zweite Generation der Vorniere dar; der nicht nervöse Teil der Nebenniere ist der distale Abschnitt des Malpighischen Körperchens der Vorniere. Auch die Keimdrüse liegt in dem Divertikel, das bei Bildung des Malpighischen Körpers der Vorniere abgeschnürt wird.

Die Wasserausscheidung ist die hauptsächliche Funktion der Malpighischen Körperchen, doch ist anfangs die übrige Leibeshöhle hiervon nicht ausgeschlossen.

Keibel: **Zur Entwickelungsgeschichte der Harnblase.**

K. leitet nach seinen Untersuchungen an allantoislosen Kaninchen auch für den mit einem dürftigen Allantoisrudiment ausgestatteten Menschen die Entstehung der Harnblase aus der Kloake ab. Der Allantoisgang spielt wahrscheinlich keine bedeutende Rolle bei der Bildung der Harnblase. So finden auch gewisse Mifsbildungen (Kommunikation zwischen Darm und Blase, Bauchblasenspalte) ihre leichte Erklärung.

Sektion für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Siegenbeck van Heukelom: **Intracelluläre Gebilde bei Carcinom.**

Verfasser hat ca. 200 Carcinome mannigfachster Art auf die von anderen Autoren beschriebenen Zelleinschlüsse hin untersucht. Er fand grofse runde Kugeln, intracellulär liegend, von protoplasmatischem Inhalt, oft mit kernartigem Körper. Diese grofsen Kugeln finden sich bald reichlich, bald spärlich, reichlich besonders bei Metastasen im Blutgefäfssystem.

In allen Tumoren, auch in denen, welche jene grofsen Kugeln nicht zeigten, fanden sich „kleine Kügelchen" von verschiedener Dimension, die auch Übergänge zu den grofsen aufwiesen. Auch andersgeartete kleine Kügelchen finden sich, die das Licht stark brechen und den Kern der Zelle platt drücken. Ferner trifft man zwischen den Epithelien Gebilde an, die allgemein als Leukocyten mit fragmentiertem Kern gedeutet werden. Vortragender möchte sie gern für etwas anderes ansehen, kann aber keinen Beweis dafür erbringen. Endlich finden sich lichtbrechende, tropfenförmige Körper, einzeln und in Massen, zuweilen auch extracellulär.

Die Fragen nach der Natur dieser Gebilde und nach ihrer Bedeutung für die atypische Epithelformation oder die Malignität will Verfasser nicht erörtern.

Kiener: **Bedeutung gewisser pathologischer epidermoidaler Bildungen, welche mit Psorospermien verwechselt werden könnten.**

Vortragender fand sowohl in Carcinomen, als auch in epidermoiden Bildungen rein entzündlichen Charakters Bildungen vor, die er nicht als Psorospermien ansehen möchte. Entweder kann es sich um eine anormale Keratinisation handeln, oder um eine abnorme Karyokinese.

In der Diskussion weist Marchand auf die Ähnlichkeit dieser Gebilde mit den von Neisser für Parasiten erklärten Molluscumkörperchen hin. Er hält sie mehr für einen degenerativen Vorgang. Auch Steinhaus spricht sich gegen die parasitäre Natur aus. Entweder sind es Produkte der kolloiden Degeneration, oder es sind

Zellen, die schüsselförmig in einer anderen liegen; noch andere sind eingewanderte Leukocyten. Firket hat häufig Anhäufungen von kleinen Elementen gesehen, die er für zerfallene Leukocyten (wie Klebs) hält; auch fand er in ähnlichen Fällen grofse homogene Elemente; ob eine Beziehung zwischen beiden (Parasiten und Sporen) besteht, wagt er nicht zu behaupten.

Chiari: **Über die Genese der Atheromcysten.**

Auf Grund der Untersuchungen, die Vortragender an einem Fall von über den ganzen Körper ausgebreiteter Atheromcystenbildung anstellen konnte, wies er nach, dafs eine ganze Reihe der Atherome als Retentionscysten anzusehen sind; sie werden bis etwa nufsgrofs und gehen häufiger von Haarbälgen als von Talgdrüsen aus: charakteristisch ist der atrophische Haarbalggrund als Anhang der Cyste; sie besitzen eine zarte, innen glatte, mit abgeplatteten Epidermiszellen bedeckte Wandung. Eine andere Gruppe ist zweifelsohne als Dermoidcysten anzusehen; sie waren oft recht grofs, hatten eine dickere Wandung, die stellenweise Papillen und geschichtete Epidermis mit Rete und Stratum granulosum aufwiesen. Zwischen ihnen und höher organisierten Dermoiden, deren Wand aus Haut mit allen Anhangsgebilden bestand, fanden sich viele Übergänge; bemerkenswert ist ihre häufig „fissurale" Lage.

Franke stimmt im allgemeinen mit Chiari überein, unterscheidet aber zwischen Epidermoiden und Dermoiden, indem er Papillenbildung allein nicht als Charakteristicum der Dermoide ansieht.

Pawlowsky: **Ätiologie und Pathologie des Rhinoskleroms.**

Vortragender hat drei Fälle von Rhinosklerom bakteriologisch untersucht. Er schildert die Kulturen des Fritschschen Bacillus. Meerschweinchen und Kaninchen, intraperitoneal damit geimpft, starben an Peritonitis mycotica. In Schnitten fanden sich Bacillen in den Lymphräumen und in Zellen. Auch in der vorderen Augenkammer von Kaninchen wucherten die Bacillen. Später degenerieren sie und verwandeln sich in hyaline Kügelchen. Damit hat P. erwiesen, dafs die Bacillen das ätiologische Moment des Rhinoskleroms sind. Auch an Schnitten von Rhinosklerom konnte P. den Übergang der Bacillen in hyaline Substanz beobachten.

Firket fand ähnliche hyaline Substanz bei Mycosis fungoides und in Lymphdrüsentumoren.

Pawlowsky erwähnt, dafs das Rhinosklerom besonders reich an hyaliner Substanz ist; im übrigen sind die Autoren sich weder über den Begriff „hyalin" noch über die Reaktionen der Substanz einig.

Babès meint, dafs nicht alle hyaline Substanz beim Rhinosklerom aus den Bacillen sich bilde; einige Bacillen begünstigen die hyaline Degeneration, die man unter anderem auch bei Syphilis findet.

Sektion für innere Medizin.

Ebstein und Nicolaier demonstrierten durch Fütterung von Oxamid beim Hunde erzeugte, aus Oxamid bestehende **Harnkonkremente.**

van Tienhoven: **Die Behandlung der Enuresis nocturna bei Kindern.**

Vortragender geht von der Überlegung aus, dafs bei gefüllter Blase der Sphinkter den Urin nicht zurückhalten kann, einige Tropfen treten in die Pars prostatica über, und von da aus wird reflektorisch der Detrusor angeregt. Bei Enuresis geschieht die Durchnässung meist in den ersten Stunden des Schlafes, weil dieser dann noch weniger tief, die Reflexthätigkeit noch rege ist. Wird nun durch Beckenhochlagerung das Orificium internum urethrae höher gelegt und somit dem Drucke des Urins in den ersten Stunden entzogen, so fällt dies Moment fort, und die Kinder werden von dem lästigen Übel befreit. Vortragender hat so 14 Fälle behandelt und genau beobachtet, nur einer recidivierte zeitweilig. Die Durchschnittsdauer der Behandlung betrug

42 Tage. Auffallend ist, daſs 13 von den 14 Fällen Knaben betrafen. Die Hochlagerung wurde in der Weise bewerkstelligt, daſs man einen Holzrahmen unter das vordere Ende (Fuſs? Ref.) des Bettes stellen lieſs, so daſs letzteres einen Winkel von höchstens 45° mit dem Horizont bildete.

Ord: **Über Myxoedem.**

Vortragender beschränkt sich in seinem Referate auf die weniger bekannten Punkte: Männer werden im Verhältnis von 1:10 befallen; Heredität spielt wahrscheinlich eine Rolle, die Symptome wechseln zeitweilig in ihrer Intensität; die Thyreoidea ist häufig im Anfang vergröſsert; Hämorrhagien bilden ein gefährliches Symptom. Die Thyreoidea ist degeneriert, in den übrigen Organen findet sich Vermehrung des Bindegewebes. Cachexia strumipriva, sporadischer und endemischer Kretinismus, auch operatives Myxoedem bei Tieren haben dieselbe Ätiologie: verlorene Funktionsfähigkeit der Schilddrüse.

Behandlung: intern und klimatisch; zu versuchen ist die Einpflanzung von tierischem Schilddrüsengewebe.

Mosler als Korreferent hebt Ords Verdienste um die Myxoedemfrage hervor. Cachexia strumipriva und Myxoedem sind identisch; in den Fällen, wo nach Kropfexstirpation Myxoedem ausbleibt, ist eine accessorische Drüse vorhanden. Die langsame Entartung des Schilddrüsengewebes bedingt den chronischen Verlauf des Myxoedems.

Hassan Mahmud: **Beobachtungen über die aegyptische Beule.**

Diese vom Vortragenden 1873 zuerst beschriebene Krankheit unterscheidet sich bedeutend von der Aleppo-Biskra- etc. Beule. Sie erscheint zur Zeit der Überschwemmung des Nils und verläuft sehr chronisch (bis 13 Jahre). — Es erscheint eine Papel, ähnlich einem Furunkel; in der Umgegend treten mehrere auf, die sich über die erstere erheben, teilweise vereitern; die umgebende Haut verdickt sich; die Eiterung geht nicht tief, die Vernarbung beginnt von der Peripherie. Vortragender teilt einen Fall eines jungen Mädchens mit, die elf Beulen hatte. Als Behandlung haben sich Ätzmittel (Wiener Ätzpulver) vollkommen bewährt.

(Fortsetzung folgt.)

Besprechungen.

Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrophulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et Tuberculoses qui s'y rattachent, von H. Leloir. Paris, L. Battaille et Co., 1892.) In diesem umfangreichen Quartbande (348 Seiten), welchem 15 Tafeln in Chromolithographie und Phototypie, sowie 30 Holzschnitte beigefügt sind, giebt Verfasser eine ausführliche Monographie aller auf der Haut und den angrenzenden Schleimhäuten vorkommenden Formen von Tuberkulose. In Anlage und Ausführung stellt dieses Werk ein Pendant zu seinem im Jahre 1886 erschienenen Lehrbuche über Lepra vor, welches in seiner umfassenden Darstellung einem lang gefühlten Bedürfnis entgegenkam. Wenn heutzutage die Tuberkulose der Haut erschöpfend abgehandelt werden soll, so ist man berechtigt, an ein solches Lehrbuch ganz andere, gröſsere Anforderungen zu stellen, als an eines über Lepra. Bei dieser Krankheit sind in jeder Hinsicht noch so viele Lücken in unserem Wissen auszufüllen, daſs eine eingehende Beschreibung fremder und eigener Erfahrungen zur Zeit genügen muſs; daher ist Verfassers Leprawerk noch immer das beste und um-

fassendste. Die Tuberkulose dagegen ist, dank den Fortschritten in der ätiologischen Erkenntnis, nach allen Richtungen so ausgiebig bearbeitet worden, dafs ein Lehrbuch mehr als eine rein deskriptive Darstellung bieten mufs, es mufs den Stoff modern naturwissenschaftlich bearbeiten. Die klinische Beobachtung, die pathologische Anatomie, die Histologie, die Bakteriologie, das Experiment — sie dürfen nicht mehr als ebensoviele selbständige Kapitel nebeneinandergestellt werden, sondern sie müssen miteinander organisch verbunden werden. Und das hat Verfasser in vorliegendem Werke gethan. Wohl kein anderer war auch so geeignet dazu, als er, dessen grofse Erfahrung in Hauttuberkulose den Lesern aus den zahlreichen Publikationen desselben Autors über verschiedene neue Lupusformen, über die Histologie des Lupus, über den Tuberkelbacillus und die Eitererreger bei Lupus, über die Impfversuche mit Lupusgewebe und über die Therapie bekannt sein werden. Welche Verdienste Verfasser sich durch seine vielseitigen Untersuchungen über Hauttuberkulose erworben hat, erhellt schon aus einer kurzen Übersicht über die zum Teil im Original, zum Teil im Referat wiedergegebenen Arbeiten des Verfassers in dieser Zeitschrift; zu einer vollen Würdigung derselben gelangt man aber erst beim Lesen seines Werkes, in welchem er nicht allein die gesamte fremde, umfangreiche Litteratur eingehend berücksichtigt, sondern auch seine eigenen 14jährigen Erfahrungen über diesen Gegenstand an der Hand von Statistiken, Krankengeschichten, von histologischen und experimentellen Untersuchungen niederlegt. — Nach dieser allgemeinen Charakteristik des Werkes kann es die Aufgabe des Referenten nur sein, auf einzelne Thatsachen, Beobachtungen, Auseinandersetzungen, Ansichten des Verfassers aufmerksam zu machen, welche voraussichtlich nicht allgemein bekannt sind, und die auch, losgelöst aus dem Ganzen, verständlich sind. Zur besseren Übersicht folgt hier die Gruppierung des Inhaltes: I. Symptomatologie; II. Komplikationen; III. pathologische Anatomie; IV. Experimentaluntersuchung; V. Ätiologie und Pathogenese; VI. Diagnose; VII. Prognose; VIII. Behandlung.

Ad I. Verfasser hat bekanntlich zuerst darauf aufmerksam gemacht, dafs der Lupus aufser durch interstitielle Resorption oder durch Ulceration auch durch eine fibröse Umwandlung ausheilen kann. Aufser dem pathologischen Interesse hat diese klinische Beobachtung noch insofern Wert, als eine zuerst von Verfasser und Vidal besprochene Varietät des Lupus existiert, wo die fibröse Umwandlung nur eine besondere Art der Lupusentwickelung und nicht ein Vernarbungsprozefs ist, nämlich der Lupus scléreux. Dieser Unterschied ist hier in Deutschland so unbekannt gewesen, dafs man während der Tuberkulin-Ära von einer Reaktion der Lupusnarben, selbst sehr alter, sprach, und in diesem Phänomen einen neuen Beweis dafür erblickte, welch empfindliches Reagens das Tuberkulin wäre. Vom Verfasser ist jedoch bereits längst nachgewiesen, dafs diese scheinbaren Narben noch echtes Lupusgewebe mit inokulablen Tuberkelbacillen enthalten, und dadurch ist jene Reaktion leicht verständlich. Über diese Form wird weiter unten gesprochen, hier nur einige Worte über die selten vorkommende Ausheilung des Lupus durch fibröse Umwandlung. In diesem Falle nimmt der Lupus allmählich an Konsistenz zu, während sein Volumen sich vermindert und seine Farbe allmählich ins Livide übergeht; später, wenn das Gewebe vollständig sklerosiert ist, findet sich eine derbe, weifse Narbe, welche sich häufig in ein Keloid umwandelt. — Verfasser, welcher den Lupus als durch den Tuberkelbacillus verursacht anerkennt, fafst die ätiologische Seite so scharf, dafs er die Frage sich vorlegt, ob nicht als notwendige Folge der Invasion des Bacillus in der Haut einzig und allein die Bildung von Lupusgewebe aufzufassen ist, und ob nicht alle Entzündungen und Eiterungen als Komplikationen, welche von anderen Mikroorganismen oder von anderen äufseren Einflüssen abhängen, zu betrachten sind.

Für eine solche Auffassung spricht, dafs einerseits die nicht-ulcerierenden Lupusfälle in ihrem Gewebe keine Eiterkokken beherbergen, dieselben sich dagegen in allen ulcerierenden, und zwar an Zahl entsprechend dem Grade des Prozesses, vorfinden, und dafs andererseits eine energisch eingeleitete antilupöse Behandlung in manchen Fällen, anstatt vorhandene Ulcerationen zu beseitigen, dieselbe nur noch mehr anfachen kann und durch eine antiphlogistische Behandlung zu ersetzen ist. Wir sehen hier, wie die ätiologische Erkenntnis es erlaubt, ganz neue klinische und therapeutische Fragen zu stellen, die einer experimentellen Beantwortung zugänglich sind. — Von den ulcerierenden Lupusformen beschreibt Verfasser zwei, die in Deutschland wenig bekannt sind. Die eine wird von Besnier als tuberculo-gommeux bezeichnet. Sie ist dadurch charakterisiert, dafs sich kein gewöhnliches Lupusknötchen bildet, sondern ein roter, schnell erweichender, mit dicker rotbrauner, rupia-ähnlicher Kruste sich bedeckender Knoten; derselbe ist von einem ödematösen, lividen Hof umgeben; hebt man die Kruste ab, so gewahrt man eine tiefe, mit schlechten Granulationen bedeckte Geschwürsfläche. Diese Ulceration dringt schnell in die Tiefe vor und kann in kurzer Zeit den Nasenflügel, die Lippen, Augenlider etc. perforieren. Bei einer anderen Form ist und bleibt die Ulceration eine sehr oberflächliche, wenn auch der Lupusherd die Cutis tiefer infiltriert. Das Geschwür ist von glatter Oberfläche, im Niveau der Umgebung, oder leicht erhaben, glänzend, gelb-grau und ähnelt einem Geschwür nach einem Vesikator. Der Grund ist weich und läfst den Sondenknopf tiefer eindringen, als man glaubt. Wenn man das Geschwür mit den Fingern zusammendrückt, so läfst sich eine dünne zähe Kruste abheben. Werden diese Geschwüre nicht tief zerstört, so recidivieren sie sehr leicht. (Derartige Geschwüre sind entschieden häufiger, als man nach den Litteraturangaben schliefsen darf. In Deutschland haben sie erst durch ihre Eigenschaft, auch auf Tuberkulin zu reagieren, die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Ref.) — Aufser den seltenen Formen von Lupus, wo eine kolloide oder myxomatöse Umwandlung stattfindet, ist von Leloir und Vidal zusammen eine Varietät aufgestellt worden, der Lupus scléreux, wozu auch die Tuberculosis verrucosa cutis und der Leichentuberkel gehören. Diese Abart des gewöhnlichen Lupus entwickelt sich aus harten, umschriebenen, weinroten Knötchen, welche meistens zu einer mehr oder weniger grofsen Gruppe vereinigt sind. Ihre Oberfläche ist von einer trockenen, zerklüfteten, grauen Hornschicht bedeckt, welche dem Lupusherd warzenartiges Aussehen verleiht. Infolge der starren, hypertrophischen Hornschicht bilden sich leicht tiefe Rhagaden, welche zur Bildung von Blutkrusten und nach Ansiedelung von Eiterkokken zur Eiterung Veranlassung geben. Auf diese Weise entsteht das Bild der Tuberculosis verrucosa cutis. In anderen Fällen, wo ebenfalls das typische Lupusknötchen fehlt, stellt sich der Lupus scléreux als mehr oder weniger grofse (bis handtellergrofse) Scheibe dar, welche leicht über das gesunde Niveau erhaben, von fast glatter Oberfläche und von einer glänzenden, mitunter auch sehr fein abschuppenden Hornschicht bedeckt ist. Erst beim Zusammenpressen zwischen den Fingern merkt man, dafs die Neubildung weit in die Tiefe, bis in die Subcutis, reicht. Diese Lupusart findet sich hauptsächlich an den Extremitäten und besonders an der Dorsalseite ihrer Enden. — Der Lupus vulgaris erythematoides, bei dem die kleinen Knötchen durch die Röte verdeckt sind und der durch seinen Sitz im Gesicht und seine Form an Lupus erythematosus erinnert, hat in Frankreich, wo besonders von Besnier die tuberkulöse Natur des letzteren behauptet wird, insofern eine grofse theoretische Bedeutung, als er für ein Mittelding zwischen beiden Krankheiten gehalten wird. Durch seine experimentellen Untersuchungen gelangte Verfasser zum Schlusse, dafs eine solche Verwandtschaft nicht zu erweisen ist. — Der Lupus kann, wenn keine Kunsthülfe eintritt, das ganze

Leben hindurch fortschreiten, jedoch in verschiedener Intensität, die wochen-, monate-, jahrelang sich sehr verringern kann und mitunter mit den Jahreszeiten wechselt. Bei Greisen ist der Lupus entschieden von milderer Form, und die Ulcerationen sind nie so tiefgreifend. Er ist meistens plan, und seine Knötchen sitzen in einem mehr oder weniger sklerosierten Gewebe. Auch Spontanheilungen kommen vor. In den übrigen Altersklassen können Monate und Jahre dauernde Pausen in der Entwickelung des Lupus vorkommen, aber früher oder später treten doch wieder Recidive ein, wenn nicht ein therapeutischer Eingriff geschieht. — Was die Ausbreitung des Lupus betrifft, so citiert Verfasser einen Fall, wo bei einem jungen Menschen nicht weniger als 110 isolierte Herde bestanden. Dieser und ähnliche Fälle bieten ein hohes pathogenetisches Interesse dar und möchten vom Verfasser für die Theorie ihres hämatogenen Entstehens verwertet werden. — Den Beginn des Lupus auf der Schleimhaut, und zwar ausschliefslich der Nasenschleimhaut, konnte Verfasser bei 312 Fällen 21 mal konstatieren, glaubt aber auch, dafs der primäre Lupus der Schleimhaut nur wegen der geringen subjektiven Erscheinungen weniger zur Kenntnis des Arztes kommt. Ebenso wie auf der Haut kann der Lupus auch auf den Schleimhäuten eine fibröse Metamorphose eingehen. Der Knoten nimmt alsdann eine livide Färbung an, wird derber, sein Volumen verringert sich, bis sich schliefslich ein blasser, fibröser, wenig erhabener Knoten vorfindet. Verfasser beschreibt seine verschiedenen Abarten des Lupus auch hier und erwähnt, dafs der primäre Lupus scléreux auf der Schleimhaut häufiger ist, als auf der äufseren Haut. — Einen Fall von echtem Lupus der Zunge hat Verfasser bekanntlich im *Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten* publiziert (1889); aufser diesen sind nur drei sichere Fälle beobachtet worden. — Verfasser weist auf die grofse Schwierigkeit hin, die Tuberkulose der Schleimhaut vom Lupus in vielen Fällen zu unterscheiden, wegen der klinisch so wenig differenten Eigenschaften. — In dem Kapitel „Komplikationen“ bespricht Verfasser die im Anschlufs an den Lupus auftretenden lokalen und allgemeinen Prozesse, welche von ihm in verschiedenen Arbeiten studiert sind und die dank seinen bakteriologischen Untersuchungen soweit klargestellt sind, dafs ihre klinische Bedeutung richtig erkannt werden kann und die therapeutischen Mafsnahmen richtig geleitet werden können. Es sind nämlich die in der Umgebung eines Lupus auftretenden entzündlichen Ödeme, Lymphangitiden, erysipelähnlichen Schwellungen oft nicht als direkte Folgeerscheinungen des durch den Kochschen Bacillus verursachten Lupus zu betrachten, sondern vielmehr als Mischinfektion mit Eiter- und Streptokokken. Die Beteiligung des Lymphgefäfssystems ist von grofser Bedeutung für die Ausbreitung des Lupus derart, dafs sich im Anschlufs an eine Lymphangitis neue Knötchen in der Umgebung des alten Herdes entwickeln. Unter Umständen beobachtet man, und zwar gerade an den Extremitäten, den Verlauf eines Lymphgefäfses auf der Haut markiert durch mehrere in der Richtung der Längsachse des Gliedes angeordnete tuberkulöse Gummen, welche wieder den Ausgangspunkt für neue Lupusherde abgeben. Auf dem Wege der Lymphgefäfse kann das tuberkulöse Virus in die nächstgelegenen Lymphdrüsen gelangen und zur echten Tuberkulose dieser Organe führen, wie Verfasser histologisch und experimentell erwiesen hat. Diese Lymphdrüsenerkrankung mufs natürlich scharf getrennt werden von den primären, sogenannten skrophulösen Drüsen und den einfach entzündlichen Lymphadenitiden. Jene tuberkulöse Lymphdrüsenerkrankung im Anschlufs an Lupus ist für Verfasser von so grofser Bedeutung, dafs er sie gegebenen Falls sehr energisch durch lokale Mittel, Jodoformäther-Injektion oder Operation, behandelt. — Unter den zufälligen Komplikationen des Lupus ist das echte Erysipel zu fürchten, welches ebenso, wie alle Mittel, welche eine starke Reizung ohne Zerstörung des Lupus hervorrufen, nur zur Ausbreitung desselben

beitragen. In gleicher Weise sind auch die Eiterkokken zu fürchten, wie bereits oben erwähnt. Besonders möge hier die Entwickelung von Geschwüren in Lupusnarben erwähnt werden, welche Verfasser sehr klar darstellt. Die Geschwüre können im Anschluſs an Rhagaden, welche durch Narbenzug entstehen, sich ausbilden und wegen ihres torpiden Charakters und ihrer schweren Heilbarkeit für Lupusrecidive in Narben gehalten werden. Nur eine antisuppurative Therapie ist angezeigt, während jede energische antilupöse Behandlung nur Verschlimmerung bewirkt. Bei unreinen Individuen beobachtet man auf frischen ausgeheilten Lupusnarben mitunter das Auftreten von kleinen Pusteln und von Impetigines, welche bald zu einer mehr oder weniger tiefen Geschwürsbildung führen, und die ebenfalls nur antisuppurativ behandelt werden dürfen. — Aus dem Kapitel „Anatomie“ mögen folgende Thatsachen angeführt werden. Verfasser konstatiert, daſs die Lupusknötchen sowohl in den oberflächlichen, wie den tiefen Cutisschichten sich zu entwickeln beginnen können, und spricht dazu die Vermutung aus, daſs der jeweilige Sitz möglicherweise von dem Infektionsmodus der Haut mit dem Tuberkelbacillus abhängig ist. (In dieser Hinsicht wäre es doch gerade sehr wichtig gewesen, etwaige Unterschiede zu konstatieren zwischen dem Sitze der Knötchen bei dem allerersten Befallenwerden der Haut von Lupus und bei späterem Auftreten in der Umgebung des primären Herdes. Ref.) Auſser in den Riesenzellen hat Verfasser Bacillen auch auſserhalb derselben in den verschiedensten Teilen der Neubildung gefunden. Er hat ferner die Beobachtung gemacht, daſs in Serienschnitten die bacillenhaltigen Schnitte häufig direkt aufeinanderfolgen. In diesen Zellen fand Verfasser mitunter bis zu vier und fünf Bacillen. Was die Zahl der Bacillen, welche bei Gewebsveränderungen, wie Ulceration, Eiterung, Koagulationsnekrose des Lupus, gefunden wird, anbetrifft, so lieſs sich keine Relation herausfinden. Nichtulcerierte Fälle von Lupus wiesen eine relativ groſse Zahl auf und ulcerierende dagegen eine geringe. Verfasser hält jene Gewebsveränderungen daher für abhängig von anderen noch hinzukommenden pathogenen Mikroorganismen, wie Strepto-, Staphylokokken etc. Auch Verfasser ist es nicht gelungen, aus Lupusmaterial Reinkulturen von Tuberkelbacillen herzustellen, so daſs die Kochsche Impfung noch bisher die einzige derartige bleibt. — Die Impfversuche, welche Verfasser mit Material von Lupus und anderen tuberkulösen Affektionen der Haut gemacht hat, sind bisher so zerstreut publiziert worden, daſs es sehr dankenswert ist, jetzt eine zusammenfassende Darstellung derselben erhalten zu haben. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes ist es wohl angezeigt, etwas ausführlicher darüber zu referieren. Zu den Inokulationen werden nur junge (4—5 Monate alte) Meerschweinchen und Kaninchen benutzt. Das zu verimpfende Lupusknötchen sei noch frisch, noch in der Entwickelung begriffen, nicht behandelt, wenn möglich nicht ulceriert. Es muſs groſs sein, etwa halbbohnengroſs, und muſs tief exstirpiert sein. Verfasser verwendet hauptsächlich zwei Impfmethoden, und zwar die Impfung in die vordere Augenkammer bei dem Kaninchen mittelst der Operation wie bei Iridektomie, und zweitens die intraperitoneale Impfung bei dem Meerschweinchen. Letztere Methode hat Verfasser in vorteilhafter Weise folgendermaſsen modifiziert: er öffnet die Bauchhöhle mit einem $^1/_2$ cm groſsen Schnitt, zieht mit der Pincette ein 1—2 cm groſses Stück des Peritoneums heraus, macht mit einer Sonde eine Tasche in dem subkutanen Gewebe eines der Wundränder, schiebt in die Tiefe der Tasche den Lupusknoten hinein, so daſs er sich ca. 1 cm von dem Wundrand befindet, schlieſst die Muskelöffnung durch zwei oder drei Nähte, fixiert das herausgezogene Stück Peritoneum durch Nähte an den Knoten, das Ganze wiederum an die Bauchhaut und schlieſst endlich die Hautwunde. Diese heilt sehr schnell. Es entwickelt sich die lokale Tuberkulose im Verlaufe von sechs Wochen bis drei Monaten, je nach dem Gehalt

des Impfmaterials an Bacillen. Stirbt das Impftier nicht im Verlaufe dieser Zeit, so mufs es getötet werden, da sonst die Tuberkelknoten des Meerschweinchens fibrös entarten. An die erste Impfung schliefst Verfasser gewöhnlich Serienimpfungen nach der Methode von Hippolyte Martin an, und zwar in der Weise, dafs er von dem tuberkulös gewordenen Auge des Kaninchens oder von den tuberkulös gewordenen Organen des Meerschweinchens Material in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens bringt; von letzterem, nachdem es tuberkulös geworden, in ein zweites u. s. w. Gewöhnlich bleibt Verfasser bei der vierten Impfung stehen. Die Tiere werden um so schneller tuberkulös, je mehr man sich von der ersten Impfung entfernt, trotzdem dauert die Tuberkulisation bei den Tieren der zweiten Serie 2—3 Monate, bei denjenigen der dritten Serie zwei Monate und den der vierten Serie noch immer sechs Wochen; es ist eben der Bacillengehalt der durch Lupus tuberkulös gewordenen Eingeweide ein sehr geringer. Nur die beiden angeführten Organe (das Kaninchenauge und die Peritonealhöhle des Meerschweinchens) eignen sich zur Verimpfung des Lupus, während die Subcutis, welche sich sonst zur Gewinnung von Bacillen aus tuberkulösen Geweben vorzüglich eignet, für den Lupus untauglich ist. Selbst die tuberkulösen Organe von Meerschweinchen, welche durch intraperitoneale Impfung mit Lupus infiziert sind, sind nicht im stande, bei der Überimpfung in die Subcutis von anderen Meerschweinchen Tuberkulose zu erzeugen. Es ergiebt sich aus alledem, dafs zwischen Lupus und der gewöhnlichen Tuberkulose in experimenteller Hinsicht, d. h. in Bezug auf die Virulenz, der bei beiden vorkommenden Tuberkelbacillen ein sehr wesentlicher Unterschied existiert, welcher jedoch nach der Meinung des Verfassers nur quantitativer, nicht qualitativer Art ist. — Die Pathogenese des Lupus, welche durch das Experiment noch nicht aufgeklärt werden kann, ist augenblicklich nur durch klinische Beobachtungen zu verfolgen, welche Verfasser in eingehender Weise dazu benutzt. Während die Heredität und der hämatogene Ursprung des Lupus noch nicht erwiesen sind, ist als feststehende Thatsache die Entstehung desselben durch direkte Übertragung und durch Weiterverbreitung des tuberkulösen Virus von tiefer gelegenen tuberkulösen Herden aus zu betrachten. Bei dem ersten Entstehungsmodus entwickelt sich zumeist der Lupus sclerosus papillomatosus (Tuberculosis cutis verrucosa), während bei dem zweiten Modus meistens das typische Lupusknötchen zur Entwickelung gelangt. Trotzdem finden sich letzere auch bei direkter, äufserer Übertragung, besonders im Gesicht, und ist die papillomatöse Form auch bei dem zweiten Entstehungsmodus beobachtet worden. Die direkte Übertragung tuberkulöser Produkte kann von dem tuberkulösen Träger des Lupus selbst herrühren oder, was am häufigsten ist, von anderen Tuberkulösen oder von tuberkulösen Tieren; die näheren Umstände bei der Überimpfung entgehen einem allerdings in den meisten Fällen, aber trotzdem mehren sich von Jahr zu Jahr genaue diesbezügliche Beobachtungen. Entsteht der Lupus von tieferen tuberkulösen Herden aus, so sind es tuberkulöse Lymphdrüsen oder Gommes scrophuleuses oder tuberkulöse Knochen- und Gelenkaffektionen oder endlich auch einmal tuberkulöse Eingeweide, von welchen aus das Virus in die Haut gelangt. — Im Kapitel „Therapie“ interessiert uns die vom Verfasser nicht allein in der Hospitalspraxis, sondern auch in der Poliklinik und der Privatpraxis angewandte „gemischte“ Behandlungsmethode des Lupus, bei welcher er die mechanische mit der medikamentösen regelmäfsig verbindet. Er rühmt ihr hauptsächlich die Schnelligkeit des Erfolges nach. In möglichst schnell aufeinanderfolgenden Sitzungen wird das lupöse Gewebe mit dem scharfen Löffel entfernt und darauf die Reste durch verschiedene Caustica zerstört: Quecksilberjodid, Milchsäure, Chlorzink, Pyrogallol in Form von Salben oder Lösungen. Dabei wird die Granulationsbildung in bekannter Weise überwacht und für lupöse Granulationen der Argentum nitricum-

Stift verwendet. Zwischendurch bei jedem Verbandwechsel Reinigung der Wunde mit Sublimat und Bestreuen mit Jodoform. Zur Verbesserung der Narbe folgen Hg-Pflaster- und Skarifikationen. Für die in der Narbe auftretenden Recidive wird der Galvano- oder Thermokauter in Verwendung gezogen.

L. Philippson-Hamburg.

Die Mikroorganismen der Mundhöhle, von Dr. med. et. phil. W. D. Miller. (Mit 134 Abbildungen im Texte und 18 Photogrammen. Zweite umgearbeitete und stark erweiterte Auflage. Leipzig, Georg Thieme. 1892.) Unter diesem Titel liegt uns ein Werk vor, dessen erste Auflage im Jahre 1889 erschien. Die Thatsache, dafs sich innerhalb vier Jahren eine zweite Auflage dieses Buches notwendig machte, spricht für den wissenschaftlichen Wert der darin enthaltenen Forschungen. Der auf dem Gebiete der bakteriologischen Forschung rühmlichst bekannte Verfasser hat durch das Erscheinen seiner Untersuchungen geradezu eine Lücke in der Litteratur ausgefüllt und vielfach Anregung zu den innerhalb der letzten vier Jahre erschienenen Publikationen auf diesem Gebiete gegeben.

In systematischer Zusammenstellung des vorhandenen Materials behandelt Verfasser in den elf Kapiteln seines Buches folgende Gegenstände:

1. Kurzer Umrifs der Morphologie und Biologie der Bakterien;
2. die im Munde vorhandenen Nährstoffe für Bakterien;
3. die Entwickelung der Lehre von den Mikroorganismen der Mundhöhle;
4. die Mundbakterien als Gärungserreger;
5. Wirkung der Gärungsprodukte auf verschiedene Gebiete der Mundhöhle;
6. eigene Untersuchung über die Caries der Zähne;
7. Ursache der Zahncaries;
8. Asepsis und Antisepsis in der Zahnheilkunde;
9. die Mundhöhle als Träger von toxisch wirkenden Stoffen und von parasitären Krankheitserregern;
10. Eingangspforten der pathogenen Mundbakterien;
11. eigene anschliefsende Bemerkungen über die Sprofs-, Schimmel- und Schleimpilze.

Gegenüber der ersten Auflage haben namentlich die Kapitel 8 und 10 bedeutende Erweiterung erfahren. Die beigegebenen Photogramme sind bis auf Figg. 9, 13 und 14 scharf und übersichtlich.

Trotz der vorzüglichen Ausstattung und starken Erweiterung des Werkes hat der Verleger desselben gegenüber der ersten Auflage einen ermäfsigten Preis eintreten lassen, um es möglichst weiten Kreisen zugänglich zu machen.

The Ready-Reference Handbook of Diseases of the Skin, von G. T. Jackson. (Philadelphia, Lea Brothers & Co. 1892. 553 S.). Die Schwierigkeiten, welche sich einer systematischen Einteilung der Hautkrankheiten entgegenstellen, hat Verfasser hier vermieden, indem er ohne jede Klassifizierung seinen Stoff in alphabetischer Reihenfolge vorführt. Dieser Plan hat unleugbar manche Vorzüge, daneben aber auch manche Nachteile. Um mit den ersteren zu beginnen, so mufs man entschieden zugeben, dafs für den Studenten, sowie auch für den Arzt, dem etwa bei der Lektüre ein unbekannter Name oder Ausdruck begegnet, die Orientierung eine ungemein rasche und leichte ist. Dabei enthält das Buch eine reiche Fülle von Synonyma, nicht nur in englischer, sondern auch in anderen Sprachen, namentlich deutsch und französisch, wie man sie sonst kaum irgendwo findet. Die beigegebenen Abbildungen sind teils Originale, teils alte Freunde nach den besten Autoren. Die einzelnen Ab-

handlungen sind zwar kurz, enthalten aber eine zur Orientierung hinreichende Darlegung der Hauptmomente einer jeden Affektion, da Verfasser sich bemüht hat, nur feststehende Thatsachen mitzuteilen, und jede Kontroverse sorgfältig vermieden hat. Ätiologie ist knapp behandelt, dagegen ist besonderes Gewicht auf Diagnose und Therapie gelegt. Letztere Rubrik enthält auch die neuesten Präparate des letzten Jahres. Somit wäre das Buch durchaus brauchbar und empfehlenswert. Der Hauptvorwurf, den man dagegen erheben kann, ist der, dafs die Lektüre desselben ungemein ermüdend wirkt, ähnlich wie ein Konversationslexikon. Auf wenigen Seiten werden z. B. besprochen: Röteln, Sarkom, Scabies, Scarlatina, Sclerema Neonatorum, Skleroderm, Skrophuloderm u. s. w. Aus so disjectis membris poëtae sich ohne die sorgende Nachhülfe des Lehrers eine Idee der Gesamtdermatologie zu bilden, dürfte selbst dem eifrigsten Schüler nicht gelingen; und wir möchten den Ausspruch des Verfassers, dafs der Studierende sein Gehirn mit der Klassifizierung der Dermatosen nicht zu beschweren braucht, nicht ohne weiteres unterschreiben. Wir glauben auch nicht, dafs dieses Buch die vorhandenen Textbücher als überflüssig beseitigen wird, dagegen wird es bestimmt infolge seiner aufserordentlichen Reichhaltigkeit, seiner klaren Darlegung und leichten Übersicht eine weite Verbreitung finden, namentlich, da es in vielen Fällen kurz und bündig Auskunft giebt, wo andere Werke versagen.

Philippi-Nieheim.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Beiträge zur Streptokokkenfrage, von Dr. von Lingelsheim. (*Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten* 1892, Heft 3.) Mit Material, das Verfasser Patienten mit Angina, puerperaler Sepsis etc. entnommen hat, stellt er verschiedene Untersuchungen über die Streptokokken an, die hier kurz wiedergegeben seien: Einen passenden Nährboden für dieselben stellte er her durch stärkere Alkalisierung der Bouillon; dieses ist schwierig wegen der dabei eintretenden Trübung derselben. Diesem Übelstand konnte Verfasser abhelfen durch Erhöhung des Peptongehalts; natürlich hat diese wie die Alkalisierung gewisse Grenzen. Am günstigsten war eine Nährbouillon, die auf 1 Ltr. Fleischwasser 5,0 Kochsalz, 15,0—20,0 Pepton, 20,0 Traubenzucker enthielt, und deren Alkalescenz zwischen 15 und 20 ccm Normallauge betrug. Auf diesem Boden gedeihen zahlreiche andere Bakterien und besonders die Staphylokokken nur schlecht. Konstante Unterschiede zwischen den Streptokokken verschiedener Herkunft liefsen sich in Bezug auf die Wachstumsverhältnisse weder kulturell noch mikroskopisch feststellen. Für die verschiedenen Krankheitsbilder ist der Grad der Virulenz, die allgemeine und lokale Disposition mafsgebend. Versuche an Kaninchen beweisen es. So läfst sich bei diesen auch durch Streptokokken, die nicht von Erysipel stammten, bei oberflächlicher Impfung bei starker Virulenz am Ohr Erysipel erzeugen; dieses gelingt auch bei geringer Virulenz, wenn man vorher Kreislaufstörungen etwa durch Umlegung eines Heftpflasterstreifens an dem Ohre hervorruft. — Als Unterscheidungsmerkmal der Streptokokken will Verfasser den Grad ihrer Virulenz gelten lassen, und er selbst trennt drei Grade von Virulenz, je nach der Wirkung der subkutan applizierten Bouillonkulturen auf weifse Mäuse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Menschliche Lymphe, von Dr. Mangant. (*Bullet. gén. de thérap.* 1891, No. 18. *Wien. klin. Wochenschr.* 1892, No. 32. Menschliche Lymphe ist aus einer Vesicatorblase genommene Flüssigkeit, die vor dem Gebrauch mehrmals unter 70° sterilisiert, in einem hermetisch verschlossenen, dunklen Fläschchen aufbewahrt und eventuell, um Gerinnung zu verhüten, mit konzentrierter Kochsalzlösung gemengt wird. Sie soll subkutan appliziert, bei chronischen örtlichen Erkrankungen überraschende Erfolge geben. Ein lange vergeblich behandeltes Fufsgeschwür, ein Geschwür an dem Amputationsstumpfe eines Diabetikers, eine enorm geschwollene Drüse, eine beginnende Lungentuberkulose sollen durch diese Lymphe schnell geheilt sein. — (Man soll zwar heutzutage über die Bedeutung der Blutflüssigkeit niemals den Kopf schütteln, aber ein Fragezeichen wird bei diesen Erfolgen wohl nicht unangebracht sein.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Vorschlag zur Gesundheitspflege der Soldaten, von Dr. A. Heller. (*Internat. klin. Rundschau* 1892, No. 39.) Verfasser schlägt in sehr rationeller Weise vor: erstens regelmäfsige Besichtigung von Füfsen, Händen, Hals (Furunkel!), Ohren vorzunehmen, um etwaige krankhafte Veränderungen zeitig zu erkennen; zweitens die Soldaten mit Seife und Handtuch auszurüsten, damit sie den Gesetzen der Reinlichkeit genügen können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Blutserum prädisponierter Tiere, von Roger. (*Société de Biologie zu Paris.* 30. Juli 1892. *Allg. med. Centralztg.* 1892, No. 72.) Verfasser prüfte den Einfluſs des Blutserums von den für die Streptokokkeninfektion prädisponierten Tieren auf die Virulenz der Streptokoken, um zu sehen, ob analog der Vernichtung der Virulenz durch das Blutserum immunisierter Tiere hier der umgekehrte Fall eintritt. In der That steigerte das Blutserum prädisponierter Tiere die Virulenz sehr erheblich, ohne nennenswerte Wachstumsunterschiede zu bewirken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Fortschritte in der Dermatologie, Revue von Georg Arnheim. (*Der ärztl. Praktiker*, 1892, No. 29.) Verfasser giebt eine hübsche Übersicht über die neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Dermatologie mit relativ ausführlicher Wiedergabe der theoretischen Arbeiten. Eine eingehendere Berücksichtigung der praktischen Fragen hätte vielleicht dem Zwecke des Blattes mehr entsprochen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die vermeintlichen Schlummerzellen und ihre Beziehungen zu den Eiterkörperchen, cellularpathologische Bemerkungen von C. Weigert. (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1892, No. 29—31.) Die Grawitzsche Theorie von der Bedeutung der Intercellularsubstanz für die Entzündung, der Bildung von Zellen aus derselben hat einen wahren Sturm in der Litteratur erregt. Zuerst kamen die Schüler Strickers und wiesen mit Erfolg nach, dafs Stricker dasselbe schon früher gelehrt und beschrieben, nur dafs er die Intercellularsubstanz als „lebende Materie“ bezeichnet, die sich zu Zellen zurückverwandeln könne, während G. sie als „Schlummerzellen“ bezeichnet, ohne aber die Zellnatur derselben nachgewiesen, Kerne und Protoplasma gesehen zu haben. Durch die Wahl dieses Ausdrucks hat G. aber seine Theorie im Einklang zu erhalten gesucht mit der Cellularpathologie seines grofsen Lehrers; dieses „cellularpathologische Mäntelchen“ der Grawitzschen Theorie zu nehmen, ist vornehmlich der Zweck der mit rücksichtsloser Schärfe geschriebenen geistreichen und logischen Ausführungen von Weigert. Es ist hier nicht der Raum, um genauer diesen zu folgen, aber jedem, der in dieser wichtigen Frage klar sehen will, sei die Lektüre derselben angelegentlichst empfohlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der Herkunft der Eiterkörperchen, Antwort auf einige Bemerkungen des Herrn P. GRAWITZ, von F. MARCHAND. (*Deutsch. med. Woch.*, 1892, No. 34.) Eine der vielen Erwiderungen, die GRAWITZ durch seine Schlummerzellen heraufbeschworen hat! Die Vorwürfe, die G. einer Arbeit von BARDENHEUER *„über die histologischen Vorgänge bei durch Terpentin hervorgerufenen Entzündungen im Unterhautzellgewebe"* macht, werden von M. widerlegt und gleichzeitig für die Bedeutung der Wanderzellen gegenüber den unsichtbaren Schlummerzellen eine Lanze eingelegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungsergebnisse betreffend den Streptococcus longus, von Stabsarzt Dr. BEHRING. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.*, 1892, No. 6.) Bei der Untersuchung darüber, ob die verschiedenen Gruppen des vom Verfasser, von SINGELSTEIN, KNORR u. a. beschriebenen Streptococcus longus nur Spielarten derselben Art von Streptokokken sind, oder ob diesen Gruppen konstante, spezifische Differenzen zukommen, kamen B. und KNORR zu folgendem interessanten Ergebnisse: Ein Tier, welches gegen denjenigen Streptococcus immun geworden ist, der für dasselbe am meisten virulent ist, ist auch immun gegen alle anderen Arten Streptokokken. Von der Immunisierung der Pferde gegen den Streptococcus der Pferdepneumonie verspricht sich der Verfasser ein Heilserum gegen diejenigen Krankheiten zu gewinnen, die beim Menschen durch Streptokokken erzeugt werden. Möge es ihm gelingen! *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das bakterielle Verhalten des Thiophendijodid, von EDUARD SPIEGLER. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.*, 1892, No. 6.) Auf Grund einer gröfseren Versuchsreihe kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dafs dem Thiophendijodid entwickelungshemmende Eigenschaften zukommen, die besonders bei den Typhusbacillen, Milzbrandbacillen, den Choleravibrionen, dem Streptococcus pyogenes, weniger beim Staphylococcus aureus, am wenigsten beim Micrococcus prodigiosus zur Geltung kommen. Da Schimmelpilzansiedelungen die Kulturen nicht störten, ist vielleicht auch das Thiophendijodid den Hyphomyceten nicht zuträglich. Auf Wunden ist die antibakterielle Wirkung gröfser, ähnlich wie beim Jodoform, mit dem das Thiophendijodid auch die Abspaltung von Jod im Organismus gemeinsam habe, wenn auch dieselbe nur langsam und im geringen Mafse erfolgt. Den schwachen, angenehm aromatischen Geruch hat das Thiophendijodid vor dem Jodoform voraus.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die antibakterielle Wirkung der Alexine, von E. H. HANKIN. (*Brit. med. Journ.* Oct. 1. 1892.) Der von BUCHNER nachgewiesene, bakterientötende Einfluſs des normalen Blutserums ist von H. durch frühere Experimente auf das Vorhandensein gewisser Proteide, der Alexine, zurückgeführt worden. Von der Beobachtung ausgehend, dafs Tiere, welche durch Blitzschlag getötet wurden, auffällig rasch der Verwesung anheimfallen, versuchte er nun zu erforschen, ob das Durchleiten elektrischer Funken durch seröse Flüssigkeiten denselben die Fähigkeit der Keimvernichtung benimmt. Es wurde ein alkoholischer Auszug von frischen Milzen von Hunden und Kaninchen angefertigt, filtriert, der Rückstand mit Natriumsulfat ausgezogen, alkalisiert, filtriert, mit NaCl versetzt und nach längerem Stehen und weiteren Manipulationen in zwei gleiche Teile geteilt. Durch den einen Teil liefs H. einige starke Funken einer Influenzmaschine hindurchschlagen. Es fand sich nach Impfung mit Anthraxbazillen, dafs die mit Elektrizität behandelte Lösung vollständig ihre keimtötenden Eigenschaften verloren hatte. Die Platten waren nach einer Stunde dicht mit Kolonien besetzt, während auf der nicht elektrisierten Lösung die eingeimpften Bazillen im Laufe dieser Zeit fast alle vernichtet waren. Die ausführlich mitgeteilten,

zahlreichen und mannigfachen Experimente lassen keinen Zweifel an der Richtigkeit dieser Beobachtungen zu, und es ist der Schluſs gerechtfertigt, daſs im Blutserum Bestandteile (Alexine) vorhanden sind, welche die Fähigkeit besitzen, Bakterien (wenigstens Bacillus anthracis) zum Absterben zu bringen, und welche ihrerseits durch den elektrischen Funken zerstört werden. *Philippi-Nieheim.*

Die Verwendung des Safts der Brennessel gegen Blutungen und Hautkrankheiten, von DUBAR. (*Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892. S. 383.) D. hat bei Bluthusten, bei Nasen- und Darmblutungen, bei Metrorrhagien den Saft der Brennessel, alle Stunden einen Eſslöffel voll, erfolgreich angewandt. Auch einzelne Hautkrankheiten, wie Herpes, Ekzem, Akne, Sommersprossen, werden nach BOUCHARDAT günstig von dem Mittel beeinfluſst. *Türkheim-Hamburg.*

Der Harnstoff des Blutes bei Hautkrankheiten, von BUTTE. (Referiert aus *Bull. de la Policlinique de Paris,* Januar 1892, in *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892. S. 377) Nachdem QUINQUAUD der Nachweis gelungen war, daſs beim Hunde der Harnstoff im Blut während der Hautentzündungen vermehrt sei, hat BUTTE solches nun auch für den Menschen nachgewiesen. Er fand bei verschiedenen Hautkrankheiten bis zu 0.133 % Harnstoff im Blut (gegen 0.016—0.02 % im Normalen). Ist dieser vermehrte Harnstoff die Ursache oder die Folge der Hauterkrankung? B. läſst beide Möglichkeiten zu und erwartet von weitern Untersuchungen und Beobachtungen eine Lösung dieser Frage. *Türkheim-Hamburg.*

Über Salophen und dessen therapeutische Verwendung, von JOSEPH FRÖHLICH. (*Wien. med. Woch.,* 1892, 25—28.) Salophen ist eine neue, dem Salol ähnliche Verbindung von Salicylsäure mit Phenol; chemisch führt es den zierlichen Namen: Salicylsäureacetylparamidophenoläther, oder kürzer Acetylparamidsalol; seine Formel ist:

$$C_6H_4{<}^{OH}_{COOC_6H_4N{<}^{H}_{COCH_3}}.$$

Es enthält 50,9 % Salicylsäure, stellt kleine krystallinische Blättchen dar, ist geruch- und geschmacklos, in kaltem Wasser gar nicht, in heiſsem etwas löslich, dagegen leicht löslich in Äther und Alkohol. Nachdem SIEBEL die sehr geringe Giftigkeit nachgewiesen, GUTTMANN gute Erfolge von der Anwendung des Salophen berichtet, unterzog der Verfasser dasselbe einer Prüfung, die zu folgenden Ergebnissen führte:

Bei akutem Gelenkrheumatismus wirkt Salophen in Dosen von 4,0—6,0 täglich gut, Fieber, Schmerz und Schwellung schwinden schnell; Recidive und Endocarditis verhindert es nicht. Bei chronischem Gelenkrheumatismus ist das Resultat weniger günstig. — Als Antifebrile lieſs das Salophen vollkommen im Stich, als Antisepticum und Desinficiens versuchte es Verfasser an nur wenigen, unmaſsgeblichen Fällen. — Vom Magen wird es stets anstandslos vertragen, unangenehme Nebenwirkungen will Verfasser nicht beobachtet haben, giebt aber selbst an, daſs einmal lästige Schweiſse, einmal Eingenommensein des Kopfes, Schwindel und Ohrensausen, wenn auch schnell vorübergehend, wahrgenommen habe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum, von R. HEINZ und A. LIEBRECHT. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 46.) Das Alumnol ist eine Verbindung des Aluminiums mit Naphtolsulfosäuren und enthält 50% Aluminium und 15% Schwefel; es ist ein feines, weiſses, nicht hygroskopisches Pulver, das schon in kaltem Wasser und Glycerin leicht löslich ist. In Äther unlöslich. Es besitzt reduzierende Eigenschaften und dringt leicht in die Tiefe der Gewebe ein. Die antiseptische Wirkung wurde

an Bakterienkulturen festgestellt. Es soll nun bei Hautkrankheiten sowohl gegen frische Entzündungen, als auch — wegen seiner Tiefenwirkung — bei chronischen Entzündungen, Infiltrationen der Haut etc. günstig wirken. Für den Dermatologen ist es besonders wertvoll, dafs das Alumnol sich in die verschiedensten, sehr handlichen Arzneiformen bringen läfst. Besonders bewährte sich Alumnolpflastermull und Alumnolfirnifs. Der letztere, auf die kranke Fläche gestrichen, trocknet in kürzester Zeit ein und bildet so den einfachsten und für Arzt wie Patienten angenehmsten Schutzverband. Für chronisch infiltrierte, entzündliche Zustände sind hohe Konzentrationen (10, 20— 50%) zu wählen. Nach CHOTZEN ist das Alumnol ein geradezu spezifisch wirkendes Mittel bei Gonorrhoe der Männer; derselbe liefs 3—4mal täglich 6 ccm 1—2% wässeriger Alumnollösung in die Harnröhre injicieren. Nach 3—6 Tagen waren die Gonokokken dauernd verschwunden. Nach deren Verschwinden hat man, um Reizung der Schleimhaut zu vermeiden, die Injektionen auf nur eine täglich herabzusetzen, bezw. die Einspritzungsflüssigkeit zu verdünnen. Die Wirkung war eine so sichere, dafs, wenn der Erfolg ausblieb und die Gonokokkenhaufen nicht schwanden, jedesmal Periurethritis, paraurethrale Gänge etc. nachgewiesen wurden.

L. Hoffmann-Berlin.

Über den Gebrauch des Schwefels bei Hautkrankheiten, von Dr. ZADECK. (*Le Bulletin médical.* 1891. No. 100. *Deutsch. Medizin.-Ztg.* 1892. No. 71.)

Bei **Akne** und **Eczema seborrhoicum:**

Lact. sulfur. 2,5
Ung. Zinc. benzoati oder
Vaselin. flav. 30,0.

Gegen **Seborrhoea furfuracea:**

Lact. sulfur. 2,0
Ol. amygd. dulc.
Glycerin. ää 90

DS. Vor dem Gebrauch umzuschütteln.

Gegen **Hyperidrosis:**

Lact. sulfur. 2,0 oder *Lact. sulfur.* 8,0
Pulv. Arrow-root 15,0 *Aeth. sulfur.*
Acid. salicyl. „ 0,5 *Alcohol rect.* ää 60,0

Bei **Acne rosacea:**

Lact. sulfuris
Alcohol camphorat.
Glycerin.
Aq. rosac. ää 10,0.

DS. Vor dem Gebrauch umzuschütteln. — Abends Gesicht und Nase befeuchten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Ein Fall von Magengeschwür und Purpura haemorrhagica, von Dr. M. HOLLEVOET. (*Archives médicales Belges* 1892, 3.) Bei einem 18jährigen Soldaten bestanden nach dem Essen zunehmende Gastralgien, Schmerzhaftigkeit des Epigastrium auf Druck, Erbrechen. Blutbrechen, blutige Stühle und Nierenblutungen kamen mehr auf Rechnung der Purpura haemorrhagica, Auf der Haut Ecchymosen und Ecchymome, besonders an den Unterschenkeln. Bei Auftreten der Hautblutungen Besserung der Magen-, Darm- und Nierenblutungen. Heilung nach 5 Monaten. (Die Existenz des Magengeschwüres ist nicht erwiesen; Schmerzen, Erbrechen und ähnliches können auch ohne Geschwür bei Dyspepsie und Blutungen infolge von Purpura vorkommen;

Schmerzhaftigkeit auf Druck im Epigastrium beweist nichts; das Vorhandensein eines zweifellosen Tumors am Magen wird nicht angegeben. Deshalb kann man hinter das Magengeschwür ein Fragezeichen setzen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Erythromelalgie, von Prof. Dr. GERHARDT. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 39. 1892.) Die 44jährige Patientin, deren Eltern an Lungentuberkulose gestorben sein sollen, und welche seit 10 Jahren an Schwindel, an Migräne und Flimmern vor den Augen litt, bekam plötzlich am 21. März in der Nacht so heftige Schmerzen in den Fingern und Zehen, daſs sie nicht allein davon geweckt, sondern sogar ohnmächtig darüber wurde. Es trat auch Erbrechen und Kopfschmerz ein. Die Hände sind rot geschwollen, sie schwitzen leicht; ebenso ist die Patientin am Kopf zu Schweiſsen geneigt. Sie zeigt an beiden Händen und beiden Füſsen eine auffallende Röte und mäſsige Verdickung der End- und Mittelphalangen. Die Teile fühlen sich heiſs an und sind öfters mit Schweiſstropfen bedeckt und zeigen zeitweise ein sehr gespanntes glänzendes Aussehen. Man sah einzelne erweiterte Venen. Das Nagelbett erschien gelb rot. An diesen geschwollenen Teilen war eine entschiedene Steigerung der Schmerzempfindlichkeit vorhanden. Sie hält zumeist die Finger in halber Beugestellung, indem jede Bewegung schmerzhaft ist. Die Tastempfindung ist im groſsen ganzen erhalten. Die Haut der Oberarme ist schlaff und zeigt mäſsige Abschuppung. In der Knöchelgegend etwas Ödem. Die Zähne schlecht, foetor ex ore, kleine Erosionen am Zahnfleisch. Urin enthält Spuren von Albumen und wenige Hyalincylinder neben Plattenepithelien. Innere Organe intakt. Die Ätiologie der Erythromelalgie soll in Kälteeinwirkung (wie bei Matrosen etc.) auf die Gliedmaſsen beruhen, ferner werden stärkere Anstrengungen der Gliedmaſsen, vorausgegangene Schwächezustände, Nervosismus und Syphilis als Ursachen angegeben. Die Krankheit kommt in der Mehrzahl bei Männern zwischen dem 28.—40. Lebensjahre vor. Therapeutisch haben Jodkalium, Arsen, Galvanisation der Wirbelsäule und galvanische Bäder keinen Erfolg gehabt. Die Schmerzhaftigkeit lieſs bei wiederholter Anwendung von Antipyrin etwas nach.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Erythromelalgie, von Prof. SENATOR; **1 Fall von Erythromelalgie,** von Prof. BERNHARDT. (*Berl. klin. Wochenschr.*, No. 45.) In beiden veröffentlichten Fällen handelt es sich in dem ersten um einen 44jährigen Mann, in dem zweiten um eine 50jährige Frau, bei denen zuerst neuralgische Schmerzen an den Händen und Füſsen auftraten, zu denen sich eine erythematöse Rötung und Anschwellung gesellte. Auf den gerötеten Stellen zeigten sich im Verlauf der Affektion rötliche Knötchen, von denen einzelne wieder verschwanden, um neuen an anderen Stellen Platz zu machen.

L. Hoffmann-Berlin.

Circumskriptes transitorisches (angio-neurotisches) Ödem, von M. A. STARR. (*New-York Med. Journ.* 17. Sept. 92). Nach einer kurzen Schilderung der bekannten klinischen Erscheinungen berichtet Verfasser ziemlich eingehend über drei von ihm selbst beobachtete Fälle. Dieselben betrafen sämtlich Frauen im Alter von je 28, 37 und 54 Jahren. Der Einfluſs der Kälte in der Erzeugung des Zustandes war bei allen deutlich ausgesprochen, aber sonstige prädisponierende Momente waren unsicher. Affiziert waren bei der ersten Patientin nur die rechte Hälfte des Gesichts, bei der dritten die Finger der linken Hand und bei der zweiten beliebige Körperteile, die gerade der Einwirkung der Kälte ausgesetzt werden. Die harte Schwellung, Verfärbung, Schmerzhaftigkeit, Funktionsstörung waren in charakteristischer Weise entwickelt. Therapie erfolglos auſser bei No. 1, wo Massage günstig wirkte.

Philippi-Nieheim.

Zwei Fälle von hämorrhagischer Urticaria von W. A. Wills. (*The Lancet*, Juni 1890.) Bei zwei Patienten, von denen der eine nach acht Wochen geheilt wurde, der andere nach drei Wochen starb, trat an den Extremitäten, dem Rumpfe, im Gesicht ein wie Urticaria aussehendes Exanthem auf; jedoch stellten sich in den einzelnen Quaddeln kleine Blutungen ein. Die Quaddeln erschienen stets schubweise unter Temperaturerhöhung. Blutungen aus dem Zahnfleisch, den Lungen subperiostal folgten. Die Sektion des Patienten ergab auch Blutungen in der Herzmuskulatur und der Mitralklappe, sowie frische Wucherungen rings um die Mitralis und die Tricuspidalis. — Starke Anschwellungen der Gelenke begleiteten das Krankheitsbild. — Verfasser hält das Leiden für eine Infektionskrankheit und wirft die Frage auf, ob es nicht denkbar ist, dafs die Typhusbacillen, die gleichzeitig bei dem Bruder des einen Patienten einen Typhus auslösten, sich bei diesem selbst als Urticaria haemorrhagica äufsern könnten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hämophilie, von J. L. Watkins. (*New York med. Journ.* Aug. 13. 1892.) Ein 61jähriger, kräftiger Herr, der mit Ausnahme eines im zwölften Lebensjahre durchgemachten Rheumatismus stets gesund gewesen war, fing in seinem neunundvierzigsten Jahre an, Symptome der Hämophilie in Gestalt von andauernder und intensiver Epistaxis darzubieten. Mit gewissen Intermissionen hielt das Bluten bis zur Einleitung einer besonderen, vom Verfasser angegebenen Behandlungsweise im Jahre 1890 an. Auf Grund von sorgfältigen Blutuntersuchungen ist Verfasser zu dem Resultate gekommen, dafs das Wesen der Hämophilie in einer verminderten Gerinnbarkeit des Blutes infolge einer Verminderung der darin enthaltenen Kalksalze besteht. Dementsprechend verordnete er das Trinken von Aqua calcis, sowie die Darreichung von Kalksalzen nebst einer tonisierenden Behandlung mit Eisen, Strychnin und Phosphorsäure. Die Blutung, welche während der letzten acht Monate mit gröfster Regelmäfsigkeit jeden Morgen eintrat, war im Laufe einer Woche vollständig beseitigt. Die weiteren Einzelheiten dieser interessanten Abhandlung, namentlich die Bemerkungen über den Chemismus des Blutes übersteigen den Rahmen eines Referates.

Philippi-Nieheim.

Purpura haemorrhagica, von B. K. Rachford. (*Med. News.* Okt. 15. 1892.) Bericht über zwei Fälle: I. Ein neunjähriges Kind, Idiot, zeigte sich eines Morgens nicht ganz wohl; bei der Untersuchung fanden sich in ziemlicher Anzahl grofse, dunkelblaue, hämorrhagische Flecke auf dem Abdomen; Tod nach 24 Stunden. Aus den Schleimhäuten hatte keine Blutung stattgefunden. Es herrschte zu dieser Zeit in der Familie Diphtherie, doch war hiervon bei diesem Falle nichts zu konstatieren. II. Bei dem zweiten Falle, Knabe von sieben Jahren, war die Entwickelung der Purpuraflecke in der Haut kompliziert mit anhaltender Epistaxis von fast sechstägiger Dauer. Am Ende dieser Zeit fand sich der Hämoglobingehalt des Blutes auf $^1/_4$ des Normalen reduziert; die roten Blutkörperchen auf 1 800 000 pro ccm vermindert. Letztere vermehrten sich im Verlaufe der Heilung viel schneller als das Hämoglobin. *Philippi-Nieheim.*

Über eine Varietät von Angioneurose, welche Plaques erzeugt, die durch Alopecie, Ischämie, Anästhesie, Achromatose und Pigmentflecke charakterisiert sind, von H. Hallopeau. (*Franz. Ges. f. Derm. u. Syph.* 4. April 1891. *La Sem. méd.* No. 17. 1891.) Die Charakteristica der Krankheit sind: Auftreten von symmetrisch gelegenen, verstreuten Plaques, in deren Gebiet das Pigment schwindet, Haare ausfallen, Sensibilität abnimmt, Nadelstiche nicht mehr bluten. Anfangs sind es nur atrophische Streifen, die später zu Plaques werden, welche eine stärker pigmentierte Zone umgiebt. Rückgang der Veränderungen sind möglich, so dafs Farbe etc. wieder normal werden. Auf dem Kopfe entstehen Bilder, wie bei Alopecia areata;

haarlose oder mit einigen abgebrochenen Haaren oder neu aufsprieſsenden pigmentlosen Haaren bedeckte Stellen, die aber nicht rund, sondern vieleckig sind, nicht elfenbeinartig aussehen, im Zustand von Ischämie und Anästhesie sich befinden. Die von VINCENT und VAILLARD bei Alopecia areata gefundenen Parasiten findet man bei diesen Fällen nicht. Verfasser faſst das Leiden als eine Angioneurose auf, als einen Krampf der Vasomotoren. Reizung der Haut mit geeigneten Flüssigkeiten, elektrische Bäder bringen Besserung, so daſs die Plaques spurlos verschwinden. — (Kann der Krampf der Vasomotoren auch die Achromatose und den Haarausfall erklären? Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine noch nicht beschriebene Abart von hereditärem Ödem, von W. F. MILARY. (*New York med. Journ.* No. 5. 1892.) Bei einem 36jährigen, groſs gewachsenen, gesunden Geistlichen konstatierte Verfasser bei Gelegenheit einer Untersuchung für Lebensversicherung ein deutlich ausgesprochenes Ödem beider Unterschenkel, das nach Angabe des Applikanten seit seiner Geburt bestanden hatte, sich mit dem Wachstum des übrigen Körpers proportional ausgebreitet, aber niemals irgend welche Beschwerden verursacht hatte. Die Haut an dieser Stelle leicht rosig angehaucht, mit mehreren erbsengroſsen, weiſsen Flecken; deutliche, zehn Minuten wenigstens anhaltende Dellenbildung auf Druck. Die Familiengeschichte konnte durch sechs Generationen hindurch verfolgt werden. Unter 97 Mitgliedern dieses Stammbaumes zeigten (resp. zeigen noch) 22, also 23%, dieselbe Deformität. Bei allen bestand eine merkwürdige Übereinstimmung des pathologischen Befundes. Bemerkenswert ist die groſse Beständigkeit des Zustandes. Heilung kam bei allen 23 mit einer einzigen Ausnahme niemals vor; letztere verhielt sich folgendermaſsen: Bei einem Vetter des Patienten schwoll bei Eintritt der Pubertät der eine Hoden so stark an, daſs dessen Entfernung geboten erschien; gleichzeitig mit dieser Zunahme des Testikels ging der bis dahin verdickte Fuſs zur Norm zurück.

Von angioneurotischem Ödem unterscheidet sich die Affektion: 1. durch das mit zwei Ausnahmen stets kongenitale Eintreten; 2. die Lokalisation an den unteren Extremitäten; 3. das dauernde Vorhandensein des Ödems; 4. das Fehlen von konkomitierenden Allgemeinstörungen. Die Diagnose muſs also vorläufig in suspenso bleiben.

Philippi-Nieheim.

Ein durch Arnikatinktur bedingtes artifizielles Erythem, von DUBOIS-HAVENITH. (*La Policlinique.* No. 15.) Bei einer 50jährigen Frau entstand zweimal bei Anwendung von Arnikaumschlägen wegen Verstauchungen ein intensives, bullöserysipelatöses Exanthem mit Ödem, Pusteln etc. Das eine Mal erforderte die Heilung volle sechs Wochen. Wahrscheinlich sind derartige Arnikaerytheme häufiger, als man glaubt. Daſs wenigstens dieses Mittel an manchen Orten viel (und wohl zu viel) angewandt wird, beweist der Umstand, daſs ein einziges Droguengeschäft in Boston jährlich zwischen 2 und 3000 Pfund (!) dieser Blüten verkauft. Einige Anhaltspunkte, welche den Verdacht auf eine derartige Ätiologie rege machen können, sowie die Therapie werden auch besprochen. *Philippi-Nieheim.*

Bei Urticaria mit heftigem Jucken empfiehlt QUINQUAD.

Acid. boric.	30,0
Hydrarg. chlorat.	5,0
Aq. dest.	180,0

MDS. Äusserlich.

Nach Dr. STERN dagegen soll Jodkalium ein gutes Heilmittel sein (5,0 : 200,0 3 mal täglich ein Eſslöffel). (*Münch. med. Wochenschrift.* No. 40. 1891.)

Zur Kasuistik der Gangrän infolge von Eczema intertrigo, von Halpern (*Allg. Wien. Centr.-Ztg.* 1892. No. 3.) Bei einem 2½jährigen Knaben, der seit frühester Kindheit an recidivierender Urticaria litt, bestanden an den sich berührenden Hautflächen im Angulus peno-scrotalis zwei tiefe, steilrandige Substanzverluste, die mit einem diphtheritischen Belag bedeckt sind; die Inguinaldrüsen waren geschwollen. Die Unterscheidung von Ulcera mollia war schwierig. Die Behandlung bestand in Auflegen von in dünne Kalium causticum-Lösung getauchte Watte, die mit Salicylpflasterstreifen befestigt wurde; Heilung in 14 Tagen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis des Antipyrinexanthems, von Prof. Dr. Möller. (*Therap. Monatshefte.* No. 11). Verfasser bemerkte nach dem Gebrauch von 1,0 Antipyrin am nächsten Morgen eine Anschwellung der Fingergelenke, auf welchen sich, ebenso wie auf dem Handrücken ein Erythem entwickelt hat. Auch die Lippen, die Nasenöffnung, der Gehörgang, die Conjunctiva waren gerötet und geschwollen, etwas schmerzhaft. Auch auf der Haut des Scrotums und auf der Glans penis entstanden scharf umschriebene Erytheme. Dieselben schwanden am 3.—4. Tage. Dieselben Erscheinungen stellten sich später nach einem nochmaligen Gebrauch von Antipyrin ein

L. Hoffmann-Berlin.

Traumatische Entzündungen.

Behandlung der Verbrennungen mit Thiol, von Dr. Bidder. (*Langenb. Mon.* 1892, No. 30.) Verbrennungen ersten und zweiten Grades werden mit einer Lösung von

Rp. *Thioli liquidi*
Aq. dest. ää

eingepinselt und mit einer dicken Schicht nichtentfetteter Watte bedeckt. Etwaige Blasen dürfen nicht geöffnet oder abgetragen werden. Unter diesem Verbande sollen die Schmerzen schnell nachlassen und sich bald relatives Wohlbefinden einstellen; der Blaseninhalt wird resorbiert oder trocknet ein. Verbandabnahme nach 8 Tagen, wo gewöhnlich alles schon geheilt ist.

Auch bei Verbrennungen dritten Grades soll sich das Thiol bewährt haben.

P. Taenzer-Bremen.

Zur Behandlung der Verbrennung im Kindesalter, von Hofrat Wertheimber (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 31.) Reinigung mit lauwarmem Borwasser und Auflegen von mehrfacher Schicht hydrophiler Gaze, getränkt mit

Aq. Calcis	
Ol. lin.	ää 50,0
Thymol.	0,05—01

In der zweiten Woche statt dessen

Bismuth. subnitr.	9,0
Acid. boric.	4,5
Lanolin.	70,0
Ol. oliv.	20,0.

Innerlich: Wenn kein Kollaps, keine Somnolenz besteht, bei Kindern über zwei Jahren kleine Mengen Morphium oder Chloralhydrat. Wichtig sind Excitantien: Thee mit Cognac, Tokayer, Champagner. — Ein Fall illustriert die Behandlung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Fissura ani, von L. H. Adler. (*Med. News.* 15. Okt. 1892.) Die Behandlung der Analfissur kann eine palliative oder eine operative sein.

Erstere besteht in der Anwendung von Klystieren von warmem Wasser oder Leinsamenaufguſs, des Abends zu geben, sowie der Einführung von Suppositorien von: Extr. belladonn. 0.01—0.03, Cocain. mur. 0.015—1.03, Ol. theobrom. 0.6, oder auch der Anwendung folgender Salbe: Extr. conii 7.0, Ol. ricin. 10.5, Ungt. lanolin q. s. ad 57.0 S. Fünf Minuten resp. (Formel I) eine halbe Stunde vor dem Stuhlgang zu gebrauchen. Zur Heilung der Fissuren genügt es oft, sie unter Kokainisierung mit einer starken Argent. nitrit. Lösung (0.6—1.8 auf 28.0 Aq. dest.) täglich oder alle zwei Tage zu betupfen. Andere Mittel, Quecksilbernitrat, rauchende Salpetersäure, Karbolsäure, Kupfervitriol, haben sich als nicht so nützlich erwiesen. In manchen Fällen genügt es auch, unter Kokain ein gröſseres Bougie aus Wachs oder Talg täglich ein zuführen.

Nützlich ist ferner die häufige Anwendung einer Salbe aus: Hydrarg. subchlor. 0.25, Pulv. opii, Extr. belladonn. āā 0.12, Ungt. sambuc. 3.5. Oder auch: Plumb. acetic. 0.6, Pulv. calamin. 1.2, Zinkoxydat 0.6, Adip. benzoat. 15.0. Von den operativen Behandlungsweisen empfiehlt A. am meisten diejenige der Incision der Fissur nebst darauffolgender Dilatation der Sphinkteren in der Äthernarkose.

Philippi-Nieheim.

Ein seltener Fall von Jodexanthem, von Gustav Kämpfer. (*Centralbl. f. klin. Med.* 6. 1890.) Nach Verbrauch von 80,0 Jodkalium bekam eine 42jährige Frau unter Steigerung der Körpertemperatur ein Exanthem in Gestalt derber, um schriebener, auf Druck schmerzhafter Infiltrate an den unteren Extremitäten und am Gesäſs, über denen die Haut gespannt und gerötet war. Die gröſsten Infiltrate, von dem Umfange eines Fünfmarkstückes, saſsen am rechten Trochanter, an der Hinterseite des rechten Oberschenkels und über dem rechten Glutaeus; kleinere, ähnlich den Knoten bei Erythema nodosum, waren an den unteren Extremitäten zerstreut. Alles schwand nach Aussetzen des Mittels, um nach erneuter Verabreichung wieder zu erscheinen. Bei der Applikation des Jodkalium per rectum erhielt man kein besseres Resultat, eher noch ein schlechteres subjektives Befinden des Patienten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurotische Entzündungen.

Behandlung des Herpes der Genitalien, von Monin. (*Journ. de méd. de Paris.* 1892. 25.) Wenn die Haut trocken ist, Vaselineinreibung, sonst Waschung mit 1‰ Karbolwasser und Pudern mit dem Besnierschen Gemenge:

Poudre de riz	100
Tannin	5
Bismuthum salicylicum	1

Präventivbehandlung: 1. zweimal wöchentlich kalte Dusche von dreiſsig Sekunden auf die Lendenwirbelsäule; 2. glando-präputiale Waschung morgens und abends mit aromatischem Wein; 3. strenge Hygiene, eheliche Treue; Enthaltsamkeit während der Eruptionen nöthig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zoster femoralis mit Drüsenschwellung, von Dr. G. Fatichi. (*Lo Sperimentale* 5. April 1892. *Deutsche Medizin. Ztg.* 1892. 79). Bei einem 12jährigen Knaben entstand nach vorausgegangenen Parästhesien ein Zoster im Bereiche des Nervus internus femoralis externus anterior. Ein Teil der Bläschen ulcerierte, in anderen kam es zu Hämorrhagien. Die Drüsen in der Leistengegend waren geschwollen und schmerzhaft. Als die Blasen schon austrockneten, traten Masern auf. — Die Drüsenschwellung erklärt Fatichi für eine sekundäre. (Im Prodromalstadium von Masern habe ich oft Drüsenschwellungen

gesehen; die Drüsen werden also wohl auch in diesem Falle schon als Prodrome der Masern aufzufassen sein. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symptome, Verlauf und Therapie des Herpetismus von M. Lancereaux. (*La Bulletin médical* 7. Novbr. 1891. *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1892. No. 71). Herpetismus ist nach Verfasser eine vasomotorische und trophische Neurose, die ein charakteristisches Krankheitsbild giebt ohne bestimmte pathologisch-anatomische Basis. Gewöhnlich sind hereditär nervös belastete Personen ergriffen. In früher Jugend prurigo-, urticaria-, ja purpuraähnliche Exantheme; heftiges Jucken. Bei eintretender Laryngitis leicht Spasmus glottidis, bei Fieber Neigung zu Konvulsionen. In der Pubertät Steigerung der Reflexerregbarkeit: Inkontinenz, Pollutionen; vasomotorische Störungen: Nasenbluten, Hämorrhoiden, Blutharnen. Später Blepharitis ciliaris, Angina granulosa, Acne vulgaris, Migräne, Dyspepie mit Sodbrennen und Flatulenz; trübe Stimmung. Dann folgen trophische Störungen an Nägeln und Zehen, Pityriasis capitis, unaufhaltsame Alopecia areata. Gegen Ende der zwanziger Jahre beginnt die Verdauung zu leiden; Diarrhoe oder hartnäckige Verstopfung. Die Kranken, früher mager, fangen an, fett zu werden, wonach leicht Diabetes folgt. Im Alter von 40—45 Jahren Arthritis, Umwandlung der Knorpel in Knoten, Osteophytenbildung, dann Emphysem, Bronchitis; zehn Jahre später Arteriosklerose. — Für die Diagnose ist bezeichnend, dafs die Hautaffektion symmetrisch und pruriginös ist, die Gelenkveränderungen ohne akute Veränderungen einhergehen, die Arteriosklerose eine allgemeine ist. Prognose nicht ungünstig.

(Es müfste doch wohl eine gewisse Reihe von über 60 Jahre sich erstreckenden Krankheitsgeschichten beigebracht werden, um dieses Mixtum compositum von Krankheitserscheinungen als zusammenhörig zu demonstrieren und unter einen Begriff „Herpetismus" zu subsumieren. Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Zoster ophthalmicus von Boursoige. (*La Riforma medica* 1892. No. 168. *Deutsche Medizinal-Ztg.* 1892. No. 90). Bestreuen der erkrankten Stelle nach vorheriger Reinigung mit Borsäurelösung mit: Bismuth. subnitr., Amyl. pulverat. aa 4,0, Jodol oder Aristol 0,5; darüber Watte oder Gummidecke. Gegen die Schmerzen Morphium und Chloral; gegen Komplikationen seitens der Cornea und Iris konstanter Strom von 4—6 M. A. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Untersuchungen über die Prurigo Hebra, von E. Ehlers. (*Nordiskt medicinskt Arkiv.* No. 24. 1892.) Verfasser verfügt über ein Material von 207 Fällen. Mit Hülfe desselben war es ihm möglich, einen Beitrag zu liefern zur Entscheidung einiger streitiger Punkte der Prurigofrage.

1. Im Einklange mit der Ansicht Hebras fand E., dafs die Krankheit im 2. bis 7. Altersjahre beginnt.

2. Entgegen den Mitteilungen von Hebra und Kaposi glaubt Verfasser, dafs die Affektion eher im Sommer denn im Winter recrudesciere.

3. Sie kommt in allen Schichten der Bevölkerung gleich häufig vor.

4. Heredität scheint eine Rolle zu spielen.

5. Die Krankheit ist heilbar. Es läfst sich keine scharfe Grenze ziehen zwischen Prurigo mitis und gravis; konstitutionelle Verhältnisse sind hierbei allein mafsgebend.

6. Der Pruritus stellt das primäre, das papulöse Exanthem ein sekundäres Symptom vor, wie auch Hebra jun. und Auspitz angeben.

Bei der Therapie sind Bäder (mit oder ohne medikamentösen Zusatz) unumgänglich notwendig. E. hat mit denselben auch, besonders wenn verbunden mit nachfolgenden Einreibungen von 10%igen Naphtolsalben, ausgezeichnete Resultate zu verzeichnen gehabt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Akute Exantheme.

Zur Frage der Identität von Varicellen und Pocken, von Dr. M. Freyer. (*Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankh.* 1892. No. 3). Da die Identität von Varicellen und Variola noch immer von manchen verteidigt wird, unternahm es Verfasser, durch das Experiment die Frage zu entscheiden. Er impfte ein Kalb mit dem Inhalte der Varicellenbläschen, ohne eine weitere Reaktion, als eine geringe Hautröte an den Impfstellen. Acht Tage darauf impfte er dasselbe Kalb mit vollem Erfolge mit als wirksam erprobter Vaccine. Dieses Experiment, wie die Thatsache, dafs man Kinder, die soeben Varicellen gehabt, stets mit positivem Erfolge der Impfung unterzieht, sprechen mit Bestimmtheit gegen die Identität der genannten Krankheiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Sterblichkeit an Variola in der Ortschaft Pudsey vor hundert Jahren, von W. L. Hunter. (*Brit. med. Journ.* Aug. 27. 1892.) Der Pfarrer von Pudsey in der Grafschaft Yorkshire hat während der Jahre 1777—1813 eine Liste geführt über Name, Alter, Geschlecht und mutmafsliche Todesursache der in seiner Diöcese beerdigten Personen. In diesen 37 Jahren wurde 239 mal als Todesursache Variola verzeichnet. Die Gesamtzahl der Beerdigungen betrug 1743. Bei 597 derselben ist allerdings die Todesursache nicht angegeben. Es mag also die Anzahl der Pockenfälle wohl eher gröfser als kleiner gewesen sein, selbst wenn die Möglichkeit irriger Diagnosen in Betracht gezogen wird. Die Ortschaft zählte in jenen Jahren etwa 4200 Einwohner, und die Liste umfafst jedenfalls kaum die Hälfte der Gestorbenen, da andere Kirchhöfe aufser diesem auch benutzt wurden. Es berechnet sich die Variolasterblichkeit an diesem gesund gelegenen kleinen Orte in den 37 Jahren auf durchschnittlich mindestens 3‰ der Einwohner jährlich, und dieser Satz steigt in dem schlimmsten Jahre auf mindestens 23‰ der Lebenden. Als nächst häufigste Diagnose ist Schwindsucht mit 173 Todesfällen in der Liste verzeichnet. Derartige Zahlen aus dieser vielleicht nicht ganz irrtumfreien, aber jedenfalls ganz tendenzlosen Aufzeichnung sollten genügen, um selbst die rabiatesten Impfgegner zu überzeugen.

Philippi-Nieheim.

Variola-Vaccine, von Ch. Haccius, Genève et Paris, 1892. Ausführliche Beschreibung eigener und fremder Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Vaccine und der Variola und überzeugender Beweis, dafs die Vaccine durch Überimpfen von Variola auf Rinder erzeugt wird (cf. auch *diese Zeitschrift*, Bd. XV. No. 6. S. 310 u. 311). *Philippi-Nieheim*

Um die **Narbenbildung bei Pocken** zu verhindern, empfiehlt Hartge (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 473) für leichtere Fälle kühle Kompressen und für die schwereren Formen neben lauwarmen Bädern folgende Salbe:

Ungt. cin.	10,0
Sapon. kalin.	20,0
Glycerin. pur.	40,0

Bei beginnender Salivation ist diese Salbe sofort wegzulassen.

Türkheim-Hamburg.

Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen, von Richard Pick. (*Prager med. Wochenschr.* 1892. No. 40.) Die Schlüsse des Verfassers sind folgende:

Die Blatterninfektion im engeren Sinne bewirkt keine Leukocytose, dieselbe fehlt im Eruptionsstadium.

Die sekundäre Infektion des Suppurationsstadiums mit Eitermikroorganismen hingegen erzeugt Leukocytenvermehrung, und ebenso die durch Sekundärinfektion

späterhin hervorgebrachten Komplikationen. In Fällen mit letalem Ausgang fehlt die Leukocytose; welche Rolle hierbei der Pneumonie zufällt, die in unseren Fällen meist die unmittelbare Todesursache war, mag dahingestellt sein.

Eine ausführliche Darstellung folgt im *Archiv für Dermatologie und Syphilis.*

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilung über eine zufällige Vaccination von einem Pocken-Patienten, von BENTZCH. (*Hospitals Tidende.* 1891. 30. *Deutsche Med.-Ztg.* 1891. 100.) B. impfte am 1. April in Ajaccio ein $^3/_4$ Jahr altes Kind und sich mit Lymphe aus Paris. Da am 6. April einer der Hotelgäste Variola bekam, impfte B. von seinen und des Kindes Pusteln 25 Personen. Am 8. April bekam das Kind ein universelles Exanthem von stecknadelkopfgrofsen Vesikeln auf roten, unregelmäfsigen, nicht erhöhten Flecken bei einer Temperatur von 40°. Es entwickelte sich dann eine vollständige Variola. Von den 20 Personen, die von dem Kinde abgeimpft worden, ging die Vaccine in der Hälfte der Fälle auf; aber bei keinem trat Variola auf. Von den fünf Personen, die von B. abgeimpft waren, ging die Vaccine 2mal auf; einer bekam am 3. April nach mehrtägigem leichten Fieber Brustschmerzen, Nasenbluten und ein leichtes Pockenexanthem, ohne dafs es zur Pustelbildung kam. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Erythromelalgie, von GERHARDT. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 52.) Die Paralysie vasomotrice des extrémités oder Erythromelalgie entsteht besonders bei viel der Kälte, stärkeren Anstrengungen ausgesetzten oder nervösen Menschen; häufiger bei 30—40jährigen Männern als bei Frauen. Zuerst Schmerz, der bei Berührung und in der Wärme sehr gesteigert wird, so dafs die Patienten den Sommer fürchten; meistens die unteren Extremitäten, seltener auch die oberen, am seltensten diese allein ergriffen. Die Haut ist lebhaft gerötet, leicht geschwollen. In den meisten Fällen folgt einem Schwinden der Erscheinungen ein heftiges Recidiv, wie das Leiden überhaupt ein sehr hartnäckiges ist. Diese Neurose ist eine vasomotorische, von denen G. unterscheidet die angiospastische Form, die angioparalytische Form und eine Form ohne Innervation der Gefäfse. (? d. Ref.) — Steigung des Körpergewichts bringt Besserung; Jodkalium, Arsen, Galvanisation haben keinen Erfolg; gegen die Schmerzen ist Antipyrin zu empfehlen. G. stellt einen Fall vor: 44jähriger Schneider, stets schwächlich, viel von Verdauungsstörungen heimgesucht, zweimal von Blutbrechen; zeitweilig reichliche Harnentleerung. Seit 10 Jahren zeitweise zu Anfällen sich steigender Schwindel; Migräne; unregelmäfsiger Puls. Den 21. März plötzlich sehr heftige Schmerzen an Fingern und Zehen; Erbrechen; Kopfschmerz. Seitdem Schmerzhaftigkeit der Hände, die rot geschwollen sind, leicht schwitzen; letztere Neigung auch am Kopf. Frei ist der linke Daumen. Die Teile fühlten sich heifs an, sahen zeitweise gespannt, glänzend aus. Einzelne Venen erweitert; Nagelbett gelbrot; Hyperalgesie. — Finger in halber Beugestellung; Sensibilität etwas vermindert. Etwas Albumen im Harn. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Angiokeratom, von V. MIBELLI. (*Giorn. ital. d. m. ven. e della pelle.* Fasc. II. 1891,) — Seit dem Erscheinen seiner ersten Arbeit über die Affektion, welche er als Angiokeratom bezeichnete, hat M. die Litteratur genauer durchgesehen und gefunden, dafs mehrere Fälle, welche unter verschiedenen Benennungen von DUBREUILH (als verrues télangiectasiques) und FOX (als Lymphangiectasis of the hands and feet) publiziert wurden, als Angiokeratome aufzufassen sein. In der vorliegenden

Arbeit werden nun diese Fälle, vier an der Zahl, zusammengestellt und kritisch behandelt. Was zunächst denjenigen von Dubreuilh (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, Januar 1889) anlangt, so hat M. entgegen der Ansicht des genannten Autors, welcher, wie bei der Verruca communis, eine primäre Hypertrophie der Papillen mit sekundärer Entwickelung von Gefäfsdilatationen, niemals Papillenhypertrophie konstatieren können. Bezüglich der drei Fälle von Fox (*Illustr. Medical News*, Juni 1889) hat Török, welcher Gelegenheit hatte, die Foxschen Präparate selbst zu untersuchen, hinlänglich nachgewiesen, dafs es sich dabei nicht um Lymph-, sondern um Blutgefäfsdilatationen gehandelt hat.

Aufser diesen vier, sowie einem vom Verfasser früher publizierten (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, Septbr. 1889) werden nun noch zehn neue mitgeteilt, die inzwischen zur Beobachtung gelangten. Hierzu gehören: 1 Fall von Pringle (Török, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XI, Heft 11), 2 Fälle von Bertarelli, 1 von Barduzzi, 6 (Geschwister) vom Verfasser; letztere 9 noch nicht publiziert. Über das klinische Bild der Affektion dürfte aus den verschiedenen Publikationen Genügendes bekannt sein.

Verfasser bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen Angiokeratom und Lymphangiom. Dieselben zeigen zwar in einigen Punkten gewisse Übereinstimmung (Auftreten bei jüngeren Individuen, Betroffensein der die Efflorescenzen umgebenden Haut etc.), unterscheiden sich aber in vielfacher Beziehung: Fürs erste trägt das lymphangiomatische Element im Beginne an der Spitze ein bläschen- und ampullenartiges Gebilde, welches Lymphe enthält (wenigstens zum weitaus gröfsten Teile); beim Angiokeratom fehlen dagegen dieselben gänzlich, und die rötlichen initialen Flecke führen Blut. Während ferner die einzelnen Efflorescenzen des Lymphangioma Neigung zum Konfluieren zeigen, bleiben diejenigen des Angiokeratoma isoliert, ähnlich wie bei der gewöhnlichen Warze. Des weiteren sind beim Angiokeratom allein die Handrücken, höchstens noch die Füfse von der Affektion befallen; beim Lymphangioma hingegen sieht man verschiedene Körpergegenden zugleich befallen.

Ätiologisch wurde das Angiokeratom mit früherer Anwesenheit von Perniones in Zusammenhang gebracht. Dieser Ansicht kann Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen nicht beipflichten, glaubt vielmehr, die Ursache sowohl der Perniones als des Angiokeratoms sei in einer kongenitalen abnormen anatomischen Disposition des kutanen Gefäfssystems zu suchen.

Verfasser hat auch die Histologie seines Angiokeratoms eingehend studiert. Er giebt in diesem Sinne einen Vergleich zwischen demselben und dem Lymphangiom, wobei er zu dem Schlusse kommt, dafs beide Affektionen einander nahe verwandte Prozesse bilden, dafs beide auf Grund derselben anatomischen Architektur und histologischen Struktur aufgebaut sind, wenn auch das letztere mehr einen lymphatischen, ersterer mehr einen bluthaltigen Tumor darstellt. Beim Angiokeratom handelt es sich 1. um eine Dilatation der präexistierenden Blutgefäfse (beim Lymphangiom vornehmlich um eine solche der Lymphgefäfse, doch auch in geringerem Mafse der Blutgefäfse); 2. um Neubildung von solchen (im Sinne einer Angioblastose) mit nachträglicher Dilatation; 3. um Neubildung von Bluträumen, zum Teil auch von Lymphräumen.

Die sekundären Erscheinungen (Alteration von Cutis und Epidermis) sind beim Lymphangiom zu den regressiven Prozessen zu zählen, indem infolge der starken Kompression eine Atrophie des umgebenden Gewebes entsteht. Beim Angiokeratom hingegen geht mit der Gefäfsneubildung eine hochgradige Hypertrophie der Epidermis in allen ihren Strata einher; der sekundäre Prozefs ist demnach hier ein progressiver.

Bezüglich der Nomenklatur hält M. nach dem Vorbilde Unnas für das Fibrokeratom an der Bezeichnung Angiokeratom fest, hält es jedoch für müfsig, sich in langer Diskussion darüber zu ergehen, ob die Affektion besser als Keratoangioma denn als Angiokeratoma zu benennen sei. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Dr. UNNAs dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1893.

Da der Preis für die Aufgabe des vorigen Jahres nicht erteilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt dieses Mal das Doppelte des vorigen, d. h. **M 600.** Die Preisaufgabe für dieses Jahr lautet also:

Schwund und Degeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen.

Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1893 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen, einzureichen. Die Herren Prof. Klebs und Hoyer haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genauere Bedingungen und Mitteilungen über die Preisaufgabe sind von genanntem Verlage zu beziehen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 4. 15. Februar 1893.

(Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis der Universität in Turin.)

Über die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältnis zu den Veränderungen der Alopecia areata.

Von

Prof. S. Giovannini.

(Mit Tafel I u. II.)

Mit dieser Publikation beabsichtige ich die Resultate bekannt zu geben von Untersuchungen, die ich unternahm, um festzustellen: 1. welches die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie sind; 2. welche Analogien und Differenzen bestehen zwischen den histologischen Veränderungen dieser Alopecie und den schon von mir beschriebenen der Alopecia areata.[1]

Die syphilitische Alopecieform, die ich zum Gegenstand meiner Untersuchungen gemacht und von der allein hier die Rede ist, ist jene, die sich im sekundären Stadium der Syphilis unabhängig von irgendwelcher sichtbaren Läsion der Haut einzustellen pflegt und die gewöhnlich als diathesische oder primitive bezeichnet wird. Es sind schon einige Jahre her, dafs ich meine histologischen Untersuchungen betreffs dieser Alopecie begonnen habe, und einige der erhaltenen Resultate habe ich auch in zwei vorläufigen Mitteilungen bekannt gegeben[2]; aber da es mit einigen Schwierigkeiten verknüpft war, ein passendes und genügendes Untersuchungsmaterial zusammenzubringen, ist es mir jetzt erst möglich, die definitiven Resultate meiner Untersuchungen zu veröffentlichen.

Die blofs auf die ausgefallenen Haare sich beschränkende mikroskopische Untersuchung hatte uns bezüglich des hier in Rede stehenden Gegenstandes bisher nur sehr unvollständige Kenntnisse verschafft. Was

[1] Giovannini, Recherches sur l'histologie pathologique de la pelade (in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* 1891. pag. 921).

[2] Giovannini, Alcune ricerche intorno alle alterazioni anatomo-patologiche della alopecia areata e dell' alopecia sifilitica (in *Atti del XII. Congresso dell' associazione medica italiana tenuto in Pavia* nel Settembre, 1887. vol. II. pag. 376). Idem. Delle alterazioni anatomo-patologiche di una forma di alopecia sifilitica. Bologna. 1888.

ihr bezüglich der histologischen Veränderungen bei syphilitischer Alopecie ins klare zu setzen gelang, beschränkt sich wesentlich darauf, dafs bei diesem Leiden die Haare zuweilen eine mehr oder weniger atrophische Wurzel aufweisen. Was die Vergleichungsversuche zwischen den Veränderungen der Haare bei Alopecia syphilitica und jenen bei Alopecia areata betrifft, so führten dieselben, obgleich von tüchtigen Forschern angestellt, doch zu sehr ungleichen Resultaten. Während so DARIER[3] zu dem Schlusse gelangt, dafs „l'alopecie syphilitique se rapproche beaucoup plus de l'alopecie des fièvres ou de l'érysipèle que de celle de la pelade" meinen BESNIER und DOYON[4] im Gegenteil, dafs das syphilitische Haar „présente beaucoup d'analogie avec celui de la pelade".

In der Hoffnung, dafs es mir gelingen würde, die Veränderungen der syphilitischen Alopecie genauer kennen zu lernen, als es bisher die einfache Untersuchung der isolierten Haare gestattete, nahm ich meine Untersuchungen direkt an der vom Lebenden ausgeschnittenen Haut vor. Im ganzen waren es 24 Hautstücke, die ich zum Gegenstande meiner Untersuchung machen konnte, alle der Kopfhaut von ebensovielen an syphilitischer Alopecie leidenden Individuen entnommen. Von diesen waren 16 weiblichen und 8 männnlichen Geschlechts; 19 hatten ein Alter von siebzehn bis dreifsig, 4 ein Alter von dreifsig bis vierzig Jahren, und ein Individuum stand im sechzigsten Lebensjahre. Bei 20 von diesen Individuen war das Initialsyphilom vor einer zwischen $2^1/_2$ Monaten und einem Jahre schwankenden Zeit aufgetreten; bei den anderen 4 waren es die ersten Monate des zweiten Jahres nach der Infektion. Die Alopecie variierte dem Grade nach sehr bei den verschiedenen Individuen. In fünf Fällen handelte es sich um schwere syphilitische Alopecieformen; das Haar war nämlich stark gelichtet, und es befanden sich hier und dort mehr oder weniger ausgedehnte haarlose Flächen. In allen anderen Fällen waren die Haare hier und dort stärker gelichtet, in verschiedenem Mafse, ohne dafs dadurch jedoch irgendwie nennenswerte haarlose Flächen gebildet wurden. Der Haarausfall war von den verschiedenen Individuen seit verschieden langer Zeit bemerkt worden: 23 hatten ihn seit einer zwischen wenigen Tagen und sechs Monaten schwankenden Zeit bemerkt; in einem Falle nur bestand der Haarausfall seit etwa einem Jahre. In einigen Fällen war die Alopecie augenscheinlich im Fortschreiten begriffen, während sie in anderen Fällen, im Gegentheil, nicht weiter fortzuschreiten schien. Wie man sieht, befanden sich die von mir stu-

[3] DARIER, Sur l'examen microscopique des cheveux dans l'alopécie syphilitique (in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. 1889. pag. 198).

[4] BESNIER et DOYON, Notes et additions aux *Leçons sur les maladies de la peau de Kaposi*, 2ème édition française. 1891. pag. 179.

dierten Alopecien in den verschiedensten Zuständen hinsichtlich des Grades und der Dauer.

Die Mehrzahl der Individuen bot auf der Kopfhaut aufser der Alopecie keine andere Krankheitserscheinung dar; die übrigen hatten hier und dort spezifische Impetigokrusten. In diesem letzteren Falle war ich darauf bedacht, die Haut fern von denselben auszuschneiden, d. h. dort, wo sie keine wahrnehmbare Veränderung darbot.

Bei der Präparation der Haut und bei der Untersuchung der Haare befolgte ich die bei meinen früheren Arbeiten angewendete und bereits bekannte Methode.[5]

Gehen wir nun zu den Resultaten der mikroskopischen Untersuchung über.

Was bei der Untersuchung der von syphilitischer Alopecie betroffenen Cutis am meisten in die Augen fällt, ist das Vorhandensein eines perivaskulären Leukocyten-Exsudats, welches vorzugsweise die Haarfollikel an ihrem unteren Teile befällt. Es handelt sich um Leukocyten, die mit einem einzigen runden, ovalen oder andersgestalteten, bald schwach gefärbten und granulösen, bald mehr oder weniger intensiv gefärbten und keine Granulationen erkennen lassenden Kern versehen sind. Selten werden diese Kerne in Mitose befindlich angetroffen.

An dem unteren Teile der Haarfollikel zeigt sich dieses Zellenexsudat, in den einzelnen Fällen, in verschiedener Ausdehnung und verschieden verteilt.

Auf den Querschnitten der Follikel betrachtet, zeigt sich hier in der That das Exsudat bald nur auf einer Seite des Haarfollikels (Taf. I, Fig. 1, 3), bald diesen zum gröfsten Teil oder auch vollständig umschliefsend (Taf. I, Fig. 2, Taf. II, 1, 3). In diesem letzteren Falle ist das Exsudat selten überall von gleicher Ausdehnung, sondern findet sich vorwiegend entweder auf einer Seite des Haarfollikels oder auf zwei meistens entgegengesetzten Seiten. In den Fällen schwerer syphilitischer Alopecie findet man, im Zusammenhang mit dem Leukocyten-Exsudat, nicht selten die Gefäfse, und besonders die venösen, in augenfälliger Weise erweitert. Im atretischen Teil des Haarfollikels zeigt sich das Exsudat in Form eines Knotens, der denselben ganz oder nur zum Teil umgiebt (Taf. II, Fig. 2).

Auf den Längsschnitten der Haarfollikel betrachtet, sieht man das Leukocyten-Exsudat nur in seltenen Fällen auf die Höhe des bulbären

[5] Giovannini, Sullo sviluppo normale e sopra alcune alterazioni dei peli umani (in *Atti della R. Accademia medica di Roma.* XIII. 1886—87. Serie II. vol. III — und *Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis.* 1887. pag. 1049). — Idem, Sur la kératinisation du poil et les altérations des follicules causées par l'épilation (in *Archives de biologie de van Beneden.* Vol. X. 1890. pag. 609.)

Teiles des Follikels beschränkt. Vielmehr findet sich gewöhnlich das Exsudat vom Boden des Follikels mehr oder weniger in die Höhe ausgedehnt, so dafs es mitunter den Boden der Talgdrüsen erreicht. Nur in einem Falle habe ich den bulbären Teil des Haarfollikels gänzlich frei von Infiltration beobachtet, während diese sodann gleich über dem bulbären Teil anfing. Eine Ausdehnung des Exsudats unterhalb des Haarfollikelbodens beobachtet man nur bei einigen Follikeln, welche noch ihren atretischen Teil bewahrt haben, und hier erscheint letzterer entweder nur in einem Teil seiner Länge oder in seiner ganzen Ausdehnung mit Leukocyten infiltriert.

Die Stelle der gröfsten Ausdehnung des Zellenexsudats befindet sich zuweilen beim bulbären Teil des Haarfollikels, häufiger jedoch oberhalb desselben. Von diesem Punkte nimmt das Exsudat, sowohl nach unten wie nach oben hin, allmählich ab. Dort, wo das Zellenexsudat gedrängter und ausgedehnter ist, bildet es sozusagen Knoten, bei denen sein Vorwalten um die Gefäfse herum nicht immer erkennbar ist; aber je mehr die Exsudatmenge abnimmt, tritt sein perivaskulärer Sitz immer deutlicher hervor.

Da das Leukocyten-Exsudat den Gefäfsen folgt, nimmt es notwendigerweise in gröfserer oder geringerer Ausdehnung das Bindegewebe der inneren Haarbalgscheide ein. Nach aufsen haben die infiltrierten Leukocyten nur ausnahmsweise die Grenzen dieses Bindegewebes überschritten; aber nach innen sind die Grenzen in mehreren Fällen überschritten, und die Leukocyten finden sich, wenn auch stets nur in geringer Zahl, zwischen den im Haarfollikel enthaltenen Epithelzellen eingewandert.

Selten trifft man Leukocyten in der Papille an, und wenn dies der Fall, sind sie stets in ganz geringer Zahl. Nie aber findet man Leukocyten zwischen den unmittelbar um diese herumliegenden Zellen des Haares.

Gewöhnlich findet sich das Leukocyten-Exsudat auf den unteren Teil der Haarfollikel beschränkt, welcher, wie bekannt, auch der gefäfsreichste Teil des Follikels ist; doch wird in den Fällen schwerer syphilitischer Alopecie auch der obere Teil des Haarfollikels zuweilen von der Exsudation betroffen. In der That trifft man mitunter einen mehr oder weniger ausgedehnten Leukocytenhaufen in jenem Teil des Haarfollikels an, an welchem sich die Hebemuskeln inserieren. Zuweilen ist es aber der oberste Teil des Haarfollikels, in der Nähe der Talgdrüsenmündung, wo eine leichte Leukocyteninfiltration stattgefunden hat.

Das in Rede stehende Exsudat wird sowohl in den noch das Haar in ihrem Innern enthaltenden, als in den des Haares beraubten und sich in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Stadium der Atrophie befindenden Haarfollikeln angetroffen. Die an dem oberen Teil der Cutis

vorhandenen Follikel des Flaumhaares sind ziemlich häufig ebenfalls Sitz einer der oben beschriebenen ähnlichen Leukocyteninfiltration.

Die Zahl der infiltrierten Haarfollikel variiert sehr, je nachdem es sich um eine mehr oder weniger schwere Alopecie handelt. Bei den schwersten Alopecieformen werden derartige Haarfollikel in grofser Zahl angetroffen. Bei den leichtesten Alopecieformen hingegen sind die infiltrierten Haarfollikel in so geringer Zahl, dafs man in den meisten Fällen in einem ganzen Hautstückchen nur einen oder zwei solche findet.

Die tiefen interfollikulären Gefäfse der Haut sind gewöhnlich frei von dem in Rede stehenden Exsudat, und nur in zwei Fällen schwerer Alopecie fand sich eines dieser Gefäfse auf kurzer Strecke von einer gröfseren Zahl Leukocyten umgeben. Häufiger dagegen werden die an der Oberfläche der Haut liegenden interfollikulären Gefäfse infiltriert angetroffen; doch ist die Infiltration hier konstant eine sehr geringe.

Bei den Gefäfsen der Schweifsdrüsenknäuel wird nur selten, und einzig und allein in den Fällen schwerer syphilitischer Alopecie ein ausgedehntes Zellenexsudat angetroffen. Der Ausführungsgang dieser Drüsen zeigt auch manchmal, aber nur in der Nähe der Hautoberfläche, ein solches Exsudat in mäfsigem Grade.

Bei schwerer syphilitischer Alopecie sind auch die den Körper der Talgdrüsen versorgenden Gefäfse mitunter von einer kleinen Zahl Leukocyten umgeben.

In einem Falle schwerer Alopecie sieht man auch die einen Nervenstamm begleitenden Gefäfse auf kurzer Strecke von einer mittelgrofsen Zahl Leukocyten umgeben.

Im Grunde genommen trifft man also bei der syphilitischen Alopecie als hauptsächlichste Veränderung einen dem bei anderen Manifestationen dieser Infektion vorhandenen ähnlichen Entzündungsprozefs an. Da dieser Prozefs hauptsächlich die Haarfollikel an deren unterem Teile befällt, und nur in sekundärer Weise den übrigen Teil der Cutis, so kann er als Folliculitis pilaris profunda bezeichnet werden.

Auch bei der Alopecia areata beobachtet man, wie meine Untersuchungen gezeigt haben, bei der histologischen Untersuchung eine Veränderung, die als eine Entzündung des unteren Teiles des Haarfollikels betrachtet werden kann, und wenn wir, in Verfolgung der Aufgabe, die wir uns gestellt haben, einen genauen Vergleich vornehmen bezüglich des Verhaltens des Entzündungsprozesses bei dieser Alopecie und bei der syphilitischen Alopecie, werden wir finden, dafs im allgemeinen die gröfste Ähnlichkeit zwischen beiden Alopecien existiert. Bei der einen und der anderen haben die Leukocyten die gleichen Merkmale, sind annähernd auf die gleiche Weise in den Haarfollikeln und im übrigen Teil der Haut verteilt und veranlassen in diesen Teilen Infiltrationen von

fast der gleichen Ausdehnung. Handelt es sich um schwere syphilitische Alopecie, so ist auch die Zahl der infiltrierten Haarfollikel bei der syphilitischen Alopecie ebensogroſs, wie bei der Alopecia areata.

Nur bezüglich einiger Einzelheiten des Prozesses gewahrt man einige Unterschiede zwischen der einen und der anderen Alopecie. So wurde die bedeutende Erweiterung der Gefäſse, die mitunter bei der syphilitischen Alopecie anzutreffen ist, nie bei der Alopecia areata beobachtet. Bei der ersteren dieser Alopecien wurde die gröſste Ausdehnung des Infiltrats an dem unteren Teil der Haarfollikel, in der Mehrzahl der Fälle oberhalb des bulbären Teiles vorhanden gefunden, während sie bei der zweiten häufiger beim bulbären Teile selbst beobachtet wird. Bei der syphilitischen Alopecie ist die Papille viel weniger häufig von der Leukocyten-Exsudation betroffen, als bei der Alopecia areata, und jedenfalls nie in so schwerer Weise, als bei dieser letzteren. Infolgedessen wurden bei der syphilitischen Alopecie die um die Papille herumliegenden Zellen des Haares in keinem Falle so stark mit Leukocyten infiltriert angetroffen, wie dies mitunter bei der Alopecia areata beobachtet wurde. Endlich wurde bei den schwersten syphilitischen Alopecieformen einige wenige Male, sei es der Knäuel der Schweiſsdrüsen, sei es der Körper der Talgdrüsen, von der Exsudation betroffen gefunden, während bei der Alopecia areata diese Teile immer frei von Exsudat angetroffen wurden. Wie man sieht, bestehen zwischen der bei der syphilitischen Alopecie und der bei der Alopecia areata vorhandenen Leukocyten-Infiltration mehr Nebenumstände betreffende, als wesentliche Unterschiede, Unterschiede, die gewiſs nicht als sichere Grundlage dienen könnten für eine anatomische Differentialdiagnose.

Betrachten wir jetzt den Zustand der in den infiltrierten Follikeln enthaltenen Haare selbst.

Bei der syphilitischen Alopecie sind diese Haare, genau so wie bei der Alopecia areata, einer Reihe von Veränderungen unterworfen, welche ihrer Natur und Beständigkeit nach als der in den Haarfollikeln vorhandenen Leukocyten-Infiltration nachfolgende betrachtet werden müssen, und welche offenbar das Ausfallen derselben herbeiführen.

Bei der syphilitischen Alopecie findet man bei den besagten Haaren vor allem Degenerationsveränderungen der Zellen. In der Matrix des Haares und in der Matrix der inneren Wurzelscheide erscheinen die Zellen mit weniger granulösem und weniger intensiv gefärbtem Kern als im normalen Zustande, und mitunter sind sie offenbar in Auflösung begriffen. In der Zona[6] lucida sind sie nicht selten unregelmäſsig

[6] Anm. d. Red. Diese und die folgenden Bezeichnungen rühren von den eigentümlichen Farbennuancen her, welche die verschiedenen Haarbestandteile bei der Färbemethode Giovanninis annehmen. Vgl. Bd. 13. pag. 109.

angeordnet, weniger hell und mit weniger deutlicher Kontur als normal, und hier und dort auch mehr oder weniger vollständig zerstört. In der Zona fusca nehmen die Zellen, je nachdem in ihnen die Degeneration mehr oder weniger vorgeschritten ist, eine dunklere Färbung an als normal, bis zum tiefsten Schwarz.

Die dieser Zellendegeneration unterworfenen Haare weisen auch verschiedene andere Veränderungen auf. Diese bestehen in Veränderungen der Form ihres Halses, in Verminderung oder gänzlichem Verschwinden des Pigments in ihrem Innern, in Verminderung der Zahl der Mitosen in ihrer und in der Matrix der inneren Wurzelscheide, sowie in der äufseren Wurzelscheide. Die Zona viridis ist bei ihnen nur schwach angedeutet oder ganz verschwunden; die Zona plasmatrix zeigt statt einer intensiv schwarzen eine mehr oder weniger helle bläuliche Färbung; die Zona praecorticalis zeigt eine weniger intensive violett-rote Färbung als normal. Auch in den einzelnen Schichten des dem Halse entsprechenden Teiles der inneren Wurzelscheide findet man häufig die Zona viridis nicht mehr angedeutet.

Alle diese verschiedenen Veränderungen finden im allgemeinen ihr Gegenstück in den bei der Alopecia areata angetroffenen, welche in ihrer Gesamtheit als regressive Veränderungen der Haare bezeichnet worden sind. So finden sich auch die verschiedenen Haartypen, die, je nach dem gröfseren oder geringeren Fortschritt dieser Veränderungen, bei dieser letzteren Alopecie unterschieden worden sind, zum Teil bei der syphilitischen Alopecie wieder.

Um in dieser Hinsicht einen näheren Vergleich zu ziehen, treffen wir bei der syphilitischen Alopecie Haare an, die den bei der Alopecia areata beschriebenen Haaren mit regressiven Veränderungen ersten Grades entsprechen. In der Matrix dieser Haare und in jener ihrer inneren Wurzelscheide finden sich die Mitosen auf ein bis drei Viertel ihrer normalen Zahl reduziert. In ihnen weisen die Zellen der Zona lucida und der Zona fusca Zeichen beginnender Degeneration auf, und die dieser letzteren Zone lassen nicht selten schwarze Granulationen erkennen. Der Hals des Haares ist mehr oder weniger verkürzt, und auf den Längsschnitten zeigt sich seine Kontur mehr oder weniger sinuös. Das Pigment ist entweder gänzlich verschwunden oder hat an Menge mehr oder weniger abgenommen. In diesem letzteren Falle findet es sich meistens auf die Peripherie des Haares beschränkt, zeigt sich weniger intensiv gefärbt und weniger deutlich granulös als gewöhnlich und wie in Auflösung begriffen. In der Mehrzahl der Fälle erscheint die Papille verkürzt und mit dickerem Halse als normal. Der Follikel zeigt in seinem dem Hals des Haares entsprechenden Teil nicht selten seine Kontur leicht sinuös.

Bei den die obenerwähnten regressiven Veränderungen schon mehr oder weniger deutlich aufweisenden Haaren der syphilitischen Alopecie trifft man ziemlich häufig in dem unteren Teile des Halses hier und dort vollständig degenerierte und offenbar in Auflösung begriffene Zellen an; in der Zona fusca beobachtet man ebenfalls Strecken von intensiv schwarzer Färbung, ein Zeichen von vollständiger Degeneration. In keinem Falle aber beobachtet man jene mehr oder weniger ausgedehnten Herde vollständiger Zellendegeneration, oder jene Höhlen, die bei der Alopecia areata das hauptsächlichste Kennzeichen der Haare mit regressiven Veränderungen zweiten Grades bilden.

Nicht selten beobachtet man bei den in Rede stehenden Haaren Veränderungen, die den bei der Alopecia areata beschriebenen regressiven Veränderungen dritten Grades ähnlich sind. Man kann nämlich nicht mehr den Haarkolben und einen Teil des Halses, in den der Kolben sich fortsetzt, unterscheiden, ebenso nicht den diesen zerstörten Teilen entsprechenden Abschnitt der inneren Wurzelscheide. Die Mitosen am Grunde der Haarfollikel sind in diesen Fällen an Zahl äufserst reduziert, indem man deren nur noch zwei bis sieben findet. In der äufseren Wurzelscheide sind sie deshalb an Zahl bedeutend geringer als normal. Im übrigen Teil des Halses wird gar kein Pigment mehr angetroffen. Jedoch findet man bei der syphilitischen Alopecie zum Unterschied von dem, was man bei der Alopecia areata beobachtet, die Zerstörung nie auf den ganzen unteren Teil des Halses ausgedehnt. Aufserdem zeigt sich bei der syphilitischen Alopecie der übrige Teil des Halses in keinem Falle in seiner ganzen Ausdehnung vollständig degeneriert, ja nicht einmal bedeutend verdünnt, wie man dies zuweilen bei der Alopecia areata beobachtet. Doch zeigt bei der ersteren dieser Alopecien der übrige Teil der inneren Wurzelscheide innerhalb der infiltrierten Haarfollikel an einigen Stellen deutliche Zeichen von Zellendegeneration, besonders unten; aber in keinem Falle erscheint er an irgend einer Stelle verdünnt oder zerstört, wie wir dies eben bei der Alopecia areata beobachtet haben.

In einer geringen Zahl von Haarfollikeln, die an ihrem unteren Teile mit Leukocyten infiltriert sind, trifft man auch Haare an, bei denen vom Halse entweder keine Spur mehr vorhanden oder nur noch ein ganz kurzer, gänzlich degenerierter Stumpf übrig geblieben ist. Am Grunde des Haarfollikels findet man in diesen Fällen entweder gar keine oder nicht mehr als zwei in Karyokinese begriffene Zellen. Was die innere Wurzelscheide betrifft, so findet man dieselbe in verschiedenem Zustande. In einigen Fällen beobachtet man noch einen mehr oder weniger bedeutenden Teil ihres dem Halse entsprechenden Abschnittes, entweder in auf dem Follikelboden zerstreute Fragmente reduziert (Taf. I, Fig. 3), oder noch die Überreste des Halses umgebend (Taf. II, Fig. 1). In

anderen Fällen ist nicht nur keine Spur mehr von diesem Wurzelscheidenteile vorhanden, sondern es ist auch auf einer mehr oder weniger grofsen Strecke der verhornte Teil der Wurzelscheide zerstört. Fast ebensolche Haare mit Zerstörung des Halses und der inneren Wurzelscheide trifft man allerdings auch bei der Alopecia areata an; nur dafs der Follikel, während er bei dieser in solchen Fällen zuweilen noch weit gefunden wurde, bei der syphilitischen Alopecie beständig einen mehr oder weniger vorgeschrittenen Atrophiegrad darbietet.

Bei der syphilitischen Alopecie werden, wie bei der Alopecia areata, auch des Haares beraubte und in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Atrophiezustand sich befindende Follikel angetroffen. Während man jedoch bei letzterer, in Fällen, in denen das Leiden schon seit Jahren fortbestand, die Atrophie die physiologischen Grenzen überschreiten sah, ist dieses bei ersterer nie beobachtet worden.

Bei der syphilitischen Alopecie findet man zuweilen Haarfollikel, welche die erste Anlage des Haarkeims, oder den Haarkeim selbst, oder das Haar in seinen ersten Entwickelungsphasen, oder das Haar mit in Rinde umgewandeltem, aber noch mehr oder weniger jungem Schaft enthalten; doch kann man an den in diesen verschiedenen Entwickelungsphasen sich befindenden Haaren, die gewöhnlich in Follikeln ohne oder nur mit ganz leichter Leukocyten-Infiltration an ihrem unteren Teile enthalten sind, keine Veränderung wahrnehmen. Nicht so bei der Alopecia areata, bei welcher die Regenerationshaare, da die Infiltration in die betreffenden Follikel fortdauert, sich mehr oder weniger verändert zeigen.

Bei der syphilitischen Alopecie werden ferner verschiedene andere Veränderungen nicht beobachtet, die bei der Alopecia areata wahrzunehmen sind, wie die Trichorrhexis, das Vorhandensein eines breiteren Markes in den Haaren als normal, das Vorhandensein von Hohlräumen zwischen der Matrix des Haares und der inneren Wurzelscheide und der Follikelwand.

Aus dem, was wir oben über die Veränderungen der Haare selbst bei der syphilitischen Alopecie gesagt haben, geht also hervor, dafs dieselben zum grofsen Teil den bei der Alopecia areata stattfindenden Veränderungen ähnlich sind. Die wichtigsten Unterschiede, die zwischen den beiden Alopecien bestehen, würden sich im Grunde genommen darauf beschränken, dafs bei der syphilitischen Alopecie die Zellendegeneration in der Haarwurzel nicht immer in der gleichen Weise verteilt und ausgedehnt ist, wie bei der Alopecia areata, und dafs bei der ersteren die Wurzel sich nicht in so bedeutendem Grade verdünnt, wie zuweilen bei der letzteren. Unterschiede dieser Art können sicherlich nicht als wesentliche betrachtet werden. Andere Umstände, wie z. B. der, dafs bei der syphilitischen Alopecie kein einer die physiologischen Grenzen über-

schreitenden, Atrophie unterworfener Haarfollikel und keine veränderten Regenerationshaare gefunden wurden, können noch viel weniger als die ersteren als wesentliche Unterschiede zwischen den Veränderungen der Haare bei den beiden Alopecien gelten, da sie offenbar in beiden Fällen an die verschiedene Dauer des Krankheitsprozesses gebunden sind.

Kurz zusammengefafst, erhellt aus dieser Untersuchung folgendes:

1. Bei der sekundär-syphilitischen Alopecie ist in der Haut, ohne klinische Veränderung derselben, ein Entzündungsprozefs vorhanden, der vorzugsweise die Follikel an deren unterem Teile befällt (Folliculitis pilaris profunda). Infolge dieses Prozesses finden in den Haaren regressive Veränderungen statt, welche deren Ausfallen herbeiführen.

2. Vom histologischen Gesichtspunkte aus bietet die Haarfollikelentzündung der syphilitischen Alopecie, ihrem Sitze und ihrer Ausdehnung nach, grofse Ähnlichkeit mit jener der Alopecia areata dar. Auch die Veränderungen, die in einem und dem anderen Falle infolge der Haarfollikelentzündung in den Haaren stattfinden, sind zum grofsen Teil die gleichen.

Wie man sieht, haben diese histologischen Untersuchungen einige nützliche Resultate ergeben. Sie bringen zum ersten Male positive Klarheit über die Ursache des Haarausfalls, der bei der in Rede stehenden syphilitischen Alopecie stattfindet, und der bisher, wie bekannt, den verschiedensten hypothetischen Ursachen, wie der Anämie, der Schwächung des Organismus u. s. w., zugeschrieben wurde. Indem sie ferner erkennen lassen, wie eine sicherlich durch ein im Blut cirkulierendes Virus verursachte Alopecie, wie es die syphilitische ist, von anatomischen Veränderungen begleitet wird, die wesentlich mit den der Alopecia areata identisch sind, zwingen sie uns zu der Annahme, dafs auch diese letztere Alopecie durch ein im Blut cirkulierendes, natürlich von dem der Syphilis verschiedenes pathogenes Agens verursacht werde. In dieser Hinsicht würden also die vorliegenden Untersuchungen dem Studium der bisher so dunklen Ätiologie der Alopecia areata ganz neue Wege erschliefsen.

Zur Erläuterung der Tafeln.

Alle Photogramme dieser Tafeln stammen von bei 200facher Vergröfserung gemachten mikroskopischen Aufnahmen von Originalpräparaten. Sie stellen Querschnitte von den bei syphilitischer Alopecie in der Kopfhaut angetroffenen Haarfollikeln dar.

Tafel I.

Photogr. 1. Zeigt den unteren Teil eines Follikels, welcher auf einer Seite eine Leukocyteninfiltration von mittelmäfsiger Ausdehnung darbietet.

Photogr. 2. Zeigt einen Follikel, welcher auf der Höhe des obersten Drittels der Zona fusca des Haares sich von einer bedeutenden Leukocyteninfiltration fast ganz umgeben findet.

Photogr. 3. Zeigt den Grund eines Follikels, welcher auf einer Seite eine ganz leichte Leukocyteninfiltration darbietet; im Innern dieses Follikels sieht man das Haar nicht mehr, sondern nur Fragmente der inneren Wurzelscheide.

Tafel II

Photogr. 1. Zeigt einen Follikel der ringsherum von einer kleinen Zahl Leukocyten infiltriert ist. In seinem Innern gewahrt man das obere Ende des Halses vom Haare und den entsprechenden Abschnitt der inneren Wurzelscheide verändert und in Auflösung begriffen. Drei Schnitte unterhalb dieser war keine Spur mehr von diesen Teilen anzutreffen.

Photogr. 2. Zeigt den atretischen Teil eines in Atrophie befindlichen Follikels an dessen oberstem Drittel, der ganz von Leukocyten infiltriert ist.

Photogr. 3. Zeigt den Grund eines des Haares beraubten und in vorgeschrittener Atrophie sich befindenden Follikels, der ringsherum bedeutend mit Leukocyten infiltriert ist.

Versammlungen.

Moskauer Venerologische und Dermatologische Gesellschaft.

(Originalbericht von Alfred Lanz-Moskau.)

Sitzung vom 27. März 1892.

1. Prof. Pospelow stellte einen Kranken (19 Jahre alt) mit **Asphyxia localis extremitatum Raynaud** vor. Patient ist Landwirt und stammt aus einer Familie, in der sämtliche Glieder, mit Ausnahme der Mutter des Patienten, Neuropathen sind. Auch die Brüder des Vaters sind es. Die ältere Schwester des Patienten litt an lokaler Asphyxie der Hände und starb als psychisch Kranke. Seine zweite Schwester, die noch lebt, leidet an Epilepsie und ist eine vollständige Idiotin. Vor ungefähr zwei Jahren bemerkte Patient nach einer starken Geisteserschütterung, dafs anfangs die Hände, dann aber auch die Nase blau wurden, und wenn diese blaue Farbe auch bisweilen schwächer wurde, so schwand sie doch nie ganz. Bei jeder Aufregung steigert sie sich und läfst wieder nach, sobald Patient sich beruhigt. Diese Veränderung der Hautfarbe ist durchaus unabhängig von der äufseren Temperatur. Bisweilen stellen sich beschleunigter Herzschlag und Schwermut ein. Der gegenwärtige Zustand des Patienten ist folgender:

Er ist von mittlerer Gröfse, mager, leidet an hartnäckiger Verstopfung und ist sehr nervös. Beide Hände haben eine intensiv blaurote Farbe und sind leicht runzlig. Die Haut ist nicht atrophisch, die Temperatur derselben ist herabgesetzt, wobei Patient die Empfindung hat, als ob die Hände kalt und feucht wären. Die blaue Farbe wird schwächer bei Druck und besonders bei Reibung, doch nur für kurze Zeit. Die Nägel sind nicht verändert. Sämtliche Arten der Sensibilität sind vollständig erhalten, auch für thermische Reize. Legt Patient die Hände in warmes Wasser (32—35°), so geht die blaurote Farbe in eine ziegelrote über, und der Kranke empfindet Stechen in den Fingerspitzen, welches beim Baden in heifser Badestube auch in den Zehen auftritt, wo aber auch bei mehrmaliger Untersuchung kein Zeichen von Asphyxie nachzuweisen waren. Die Nase ist blau, doch ist die blaue Farbe hier weniger intensiv als an den Händen. Aufser Abnormitäten in der psychischen Sphäre

und erblicher Neurasthenie sind keine Veränderungen, weder des Nervensystems noch der inneren Organe, nachweisbar.

Der Vortragende erwähnte, dafs die lokale Asphyxie der Extremitäten zuerst im Jahre 1862 von Maurice Raynaud unter dem Namen Asphyxie locale ou gangrène symmetrique des extrémités, und später von Weiss unter der Benennung neuroparalytische Asphyxie beschrieben worden ist. Weiss nimmt an, dafs bei diesem Leiden das vasomotorische Centrum entweder auf reflektorischem Wege, oder durch psychische Erregung, oder endlich automatisch aus uns unbekannten Gründen leicht in den Zustand der Hypertonie versetzt wird. Folge hiervon sind dann übermäfsige Erregung der Vasomotoren und Gefäfskrampf. Bei Kontraktion der Arterien nimmt die Haut leichenartiges Aussehen an, während bei Venenkrampf lokale Cyanose eintritt. Je nach Intensität des Processes unterscheidet man: Syncope localis, Asphyxia localis und Gangraena symmetrica.

2. Dr. Lanz stellte eine 29 Jahre alte Patientin vor, mit **Dermatitis diffusa ex usu opii**. Die Dermatitis erstreckte sich über die ganze Hautoberfläche und war von starker Abschuppung begleitet, wobei die Epidermis sich von Händen und Füfsen in zusammenhängenden Stücken, in Form von Handschuhen und Pantoffeln, ablöste. Die Diagnose wurde durch mehrmalige Anwendung des Medikamentes bestätigt. Erscheint ausführlich in *dieser Zeitschrift*.)

3. Dr. Tschernogubow sprach über **Therapie des Lupus vulgaris**. Seit Ende Oktober 1891 begann der Vortragende auf Vorschlag Prof. Pospelows, Lupöse, die vorher erfolglos mit Tuberkulin behandelt waren, galvanokaustisch zu behandeln. Er benutzte dazu einen Beckerschen Apparat mit zwei Elementen und bediente sich eines Brenners, wie er bei Augenoperationen gebraucht wird. Punktförmige Kauterisationen wurden in einem Abstand von 2—3 mm ausgeführt, wobei auch die gesunde Haut oder Schleimhaut bis auf 1—2 mm mit ergriffen wurde. Zwar nennen die Franzosen das galvanokaustische Verfahren eine Méthode non sanglante; doch konnte der Vortragende öfters reichliches Bluten beobachten. Nachdem er die Vorzüge einer solchen Behandlung des Lupus vulgaris dargelegt hatte, stellte er einen Patienten vor, bei dem während der Behandlung mit Kochschem Tuberkulin lupöse Knoten am oberen Augenlide aufgetreten waren; die Entfernung dieser Knoten vermittelst anderer Kaustika oder mit dem scharfen Löffel hätte leicht zu Ektropium geführt. Die Kausterisation hingegen hat nur eine kleine punktförmige Narbe zurückgelassen, die die Bewegungen und das Aussehen des Augenlides durchaus nicht verändert hat.

4. Dr. Priklonski referierte über zwei Fälle von **syphilitischer Erkrankung der Gelenke**, unter Vorführung einer Patientin.

Sitzung am 29. April 1892.

1. Dr. Mansurow stellte eine Patientin mit **Lichen ruber acuminatus** vor. Der Lichen ruber acuminatus bildet ein sehr seltenes Hautleiden, und auch in der Litteratur sind wenig Fälle bekannt. Dieser Umstand, meint Vortragender, sei bedingt durch die ungenügende Beschreibung dieser Krankheit, infolge der Schwierigkeit der Diagnose. Eine charakteristische Darstellung findet sich nur in Bärensprungs Atlas. Ausführlich beschrieben hat den Lichen ruber zuerst Hebra, und galt er für unheilbar, bis man anfing, nach dem Vorgange Köbners Arsenik innerlich anzuwenden. Wie gering ergründet der Lichen ruber noch heute ist, kann man ersehen aus den Debatten über diese Krankheit auf dem Dermatologenkongrefs in Paris 1889. Nachdem Vortragender auf die Merkmale des Lichen ruber acuminatus hingewiesen hatte, führte er die Patientin vor. Im Interesse der differentiellen Diagnose des Lichen ruber acuminatus Hebrae und des Lichen ruber planus Wilsoni stellte Dr. Sabolotzky einen Mann mit typischem Lichen planus vor.

2. Dr. Tschernogubow demonstrierte einen Fall von **Perifolliculitis cutanea conglomerata.** Diese seltene und bisweilen für die Diagnose sehr schwierige Krankheit hatte der Vortragende dreimal Gelegenheit zu beobachten. (Im Myassnitzkyschen Hosp. 1886—1892). Nach seinen Beobachtungen bilden sich am Rumpfe und an den Extremitäten runde oder ovale (mitunter bis zu 10 cm im Durchmesser) Plaques; diese stellen entweder eine flache Geschwulst mit durchschimmernden Eiterbläschen dar, aus welcher auf Druck mehrere Tropfen Eiter (wie durch ein Sieb) an die Oberfläche treten, oder in einem späteren Entwickelungsstadium und unter besonders günstigen Bedingungen nehmen die Plaques papillomatösen Charakter und ringförmige Gestalt an. Nach Verlauf einiger Zeit ($1^1/_2$ Wochen) bedecken sich diese Bildungen gewöhnlich mit einer dicken Borke, welche nach Abfallen nur Pigmentation, selten eine weiche, oberflächliche Narbe zurückläfst. Was die Aetiologie der Krankheit anbetrifft, so liefs sich im ersten und dritten Falle, die Entstehung der Follikulitis unzweifelhaft auf innerlichen Gebrauch von Jodkalium zurückführen, was besonders beim dritten Falle durch wiederholte Anwendung dieses Mittels festgestellt werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung der Haut zeigt, dafs bei diesem Leiden die Entzündung der Haarfollikel und Talgdrüsen sich über das perifollikuläre Gewebe ausdehnt und so ein gröfseres Stück Haut in Mitleidenschaft zieht, wobei die papillomatöse Gestalt durch Wucherung der Papillarschicht bedingt wird. Zum Schlufs zeigte der Vortragende sowohl den Patienten selbst, als auch mikroskopische Präparate der ausgeschnittenen Hautstückchen.

3. Dr. Ustinow demonstrierte einen Fall von **Lepra anaesthetica maculosa.** Patient ist 50 Jahre alt, Bauer des Moskauschen Gouvernements. Er wurde bereits im Jahre 1890 in die hiesige Klinik für Hautkranke aufgenommen und befindet sich gegenwärtig wieder in der Klinik des Dr. Mansurow. Obgleich dieser Fall schon einmal beschrieben ist (s. *Meed. Odoyp.* 1890), sieht Vortragender in den im Verlauf der Krankheit eingetretenen Veränderungen Grund genug, den Patienten nochmals vorzuführen. Aus des Kranken Vergangenheit ist folgendes bekannt: Geboren ist er im Moskauschen Gouvernement, welches er niemals verlassen hat, ist verheiratet, seine drei Kinder sind in frühem Alter gestorben; er arbeitet seit 7 Jahren in einer Seidenweberei und kennt entschieden niemand, der eine ähnliche Krankheit hätte; bis 1866 war er gesund. Damals erkältete er sich, fühlte Schmerzen in der Brust und in den Fingern, später auch im Gesicht, am Rumpf und an den oberen Extremitäten, wobei rote Flecken, von denen einige abschuppten, an den Händen erschienen; später stellte sich an diesen Stellen Anästhesie ein, welche ihn hinderte, weiter in der Fabrik zu arbeiten, und er begann zu betteln. Gegenwärtig haben sich die anästhetischen Flecken bedeutend erweitert und sind stellweise ineinander übergegangen. Die Haut im Bereiche der Flecken ist trocken, schwitzt nicht, Cutis anserina kann nur an vereinzelten Stellen hervorgerufen werden. Thermische Reize und Schmerz werden an den kranken Stellen nicht empfunden, während die übrigen Arten der Sensibilität teils ganz erhalten, teils mehr oder weniger herabgesetzt sind. Die Thermoanästhesie und Analgesie sind so stark ausgedrückt, dafs Patient Nadelstiche nicht empfindet und Temperaturdifferenzen zwischen + 10 und + 54° nicht unterscheidet. Die elektrokutane Sensibilität ist an den afficierten Stellen nur herabgesetzt. Die elektrische Erregbarkeit (sowohl gegen galvanischen, wie auch faradischen Strom) der MM. interossei und der Muskeln des Hypothenar der linken Hand und der Plantarmuskeln ist ebenfalls herabgesetzt. Der N. medianus und ulnaris sind verdickt, jedoch nicht knotig. In vielen Muskeln wurde idiomuskuläre Kontraktion beobachtet. Die inneren Organe sind normal. In einigen an Lebenden excidierten Hautstückchen fand Dr. Massow Leprabacillen.

Aus den Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses zu Berlin, August 1890.

Herausgegeben vom Redaktions-Komitee, Berlin 1819.

(Schlufs.)

Sektion für Kinderheilkunde.

Rehn: **Über Skorbut.**

Vortragender sah sieben Kinder von gut situierten Eltern am Skorbut erkrankt; sie hatten Knochenauftreibungen an den langen Röhrenknochen, vor allem des Unterschenkels, auch an den Kiefern; diese Auftreibung betraf stets die der Epiphysengrenze benachbarte Diaphysengegend; wie die Probeincision zeigte, wurde sie bedingt durch einen Bluterguſs (wie in Barlows Fällen), zwischen Knochen und Periost; Gelenke waren intakt, Zahnfleischaffektion bestand sechsmal mit Blutung und Foetor, Hämorrhagien in der Haut wurden zweimal gesehen. Die Kinder waren meist mit kondensierter Milch ernährt und hatten Darmkatarrhe durchgemacht. In allen Fällen trat vollkommene Genesung unter antiskorbutischer Diät ein. Nebenbei Ruhestellung der betreffenden Extremitäten und kühle Umschläge.

Heubner hat einen analogen Fall beobachtet; das betreffende Kind, dessen Eltern in glänzenden Verhältnissen leben, war mit Nestleschem Kindermehl genährt.

Sektion für Chirurgie.

Bottini: **Über radikale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie.**

B. empfiehlt die von ihm konstruierten galvanokaustischen Apparate. Zum Stromgeben benutzt er einen Accumulator, der sehr kräftig ist. Das Instrument zum Absengen eines Prostatalappens hat die Form eines Mercierschen Katheters, das zum Durchschneiden die des Mercierschen Inciseur. Für Kühlung ist durch einen Wasserstrom gesorgt. Die Erfolge sind glänzend: unter 57 Fällen 2 Todesfälle und 32 Heilungen, 11 Besserungen.

Mac Gill und Bruce Clarke betonen die Wichtigkeit der Sectio suprapubica, die allein das Hemmnis zu sehen und zu fühlen gestattet.

Küster weist auf Dittels Prostatectomia lateralis hin, die er zweimal am Lebenden mit gutem Erfolge ausgeführt hat.

Newman: 20jährige Erfahrung in der **Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse.**

Vortragender empfiehlt die Katalyse mittelst der Kathode zur Erweichung und Dehnung von Strikturen; seine Elektroden sind mit einem eiförmigen oder eichelförmigen Knopfe versehen, welcher gegen die Striktur angedrückt wird. Für enge Strikturen wird eine dünne Fischbeinsonde eingelegt und auf derselben eine Hohlrinnenelektrode vorgeschoben, um so falsche Wege zu vermeiden. Auch eine Kombinationselektrode (mit Katheter zum gleichzeitigen Ausspülen der Blase) hat N. angegeben. Er lobt die Methode als schmerzlos, ungefährlich und sicher. Ist die Striktur einmal geheilt, so ist der Patient vor Recidiven sicher.

Lewschin: **Über die geographische Verteilung der Steinkrankheit in Rufsland.**

L. stellt auf Grund eines Materials von 60000 Steinkranken, von denen er 30000 benutzen konnte, fest, dafs die Lithiasis in Rufsland dem kindlichen und jugendlichen Alter der Mehrzahl nach angehört, und dafs die Krankheit in Rufsland sehr ungleichmäfsig verteilt ist; in einigen Gouvernements tritt sie endemisch auf. Ein ganzer Komplex von Bedingungen macht die Ursache der Lithiasis aus: die Rasse, Nahrungsweise der Säuglinge etc. Im Anschlufs daran empfiehlt Kusmin die

Lithotripsie und Litholapaxie mit nachfolgender Aussaugung der Fragmente mit dem Bigelowschen Evacuator als die typische Operation auch im jugendlichen Alter. Aretaios hat nach verschiedenen Methoden operiert, früher meist mit dem lateralen Perinealschnitt, zieht aber auch die Lithotripsie dieser Methode vor.

Bornhaupt: **Über die Histogenese der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsdrüse.**

Untersucht man tuberkulöse Hoden, so findet man, dafs das fibröse Tuberkelknötchen meist im Centrum einen mit käsigen Massen erfüllten Samengang enthält, während die benachbarten Samengänge einfach komprimiert sind. B. erklärt dies daraus, dafs die Tuberkel sich aus kleinsten Blutextravasaten entwickeln. So erklärt sich auch, weshalb die Genitaltuberkulose, eben den Blutgefäfsen folgend, so lange einseitig bleibt; auch wirft dies Verhalten auf das Verhältnis des vorausgehenden Traumas zu vielen Infektionen, Gelenktuberkulose, Osteomyelitis etc.: die kleinen durch das Trauma gesetzten Extravasate geben eben einen günstigen Nährboden für die zufällig dahin gelangten Bakterien.

Fort: **Lineare Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen.**

F. verwirft die Elektrolyse mit knopfförmigen Instrumenten, da sie leicht Recidive mache. Er empfiehlt sein (des öfteren in diesen Heften beschriebenes) Verfahren als ungefährlich, schmerzlos und gegen Recidive sicherstellend; er hat bis jetzt 700 Fälle operiert. Auch Strikturen des Oesophagus geben manchmal unverhoffte Besserungen nach dieser Methode.

A. Kollmann: **Elektroendoskopie der Harnröhre und die Prophylaxe der Striktur.**

K. empfiehlt das Oberländersche Instrument zur Erkennung der pathologischen Prozesse in der Harnröhre, vor allem der beginnenden Striktur; diese kann dann mit Sonden und dem Dilatator leicht geheilt werden. Zugleich erläutert er seinen photoendoskopischen Apparat.

Rubio empfiehlt bei der **Amputatio penis**, durch Umwickeln eine halbe Erektion herzustellen, da so die Schnittführung besser gelingt, als im schlaffen Zustande. Um Verengerungen des vorderen Urethralendes vorzubeugen, empfiehlt er, den Penis an der unteren Fläche zu spalten.

Le Fort: **Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Dilatation.**

Le F. empfiehlt zur Strikturbehandlung seine (ebenfalls schon öfter in dieser Zeitschrift beschriebene) Methode als die allein seligmachende: es wird eine Verweilsonde für 24 Stunden eingelegt, die eine Entzündung und dadurch Erweichung der Striktur herbeiführt, so dafs man direkt dicke Sonden einführen kann.

Aretaios hat eine kolossale **Elephantiasis scroti** durch Operation geheilt, der abgesetzte Tumor wog 32 kg. Heilung etc. Die Elephantiasis hatte sich im Anschlufs an eine Perforation der Urethra nach Katheterismus entwickelt.

Guarch spricht über vier Fälle von **Naevus pigmentosus piliferus**, die durch Excision und nachfolgende Transplantation nach Thiersch geheilt wurden. Es mufs das ganze Corium entfernt werden, da in ihm das Pigment seinen Hauptsitz hat. Safs der Naevus auf Wange oder Lippe, so dafs eine unregelmäfsige Wundfläche entsteht, so mufs man das Aufschiefsen von Granulationen abwarten und auf diese transplantieren, damit die Narbe ebener wird. Etwa aufschiefsende Haare sind elektrolytisch zu beseitigen.

Desnos: **Indikationen zur Lithotripsie.**

Seitdem die Antisepsis ihre Triumphe feiert, ist die Steinzertrümmerung zu einer verhältnismäfsig leichten, ungefährlichen und dabei sicheren Operation geworden. Alter, Gröfse des Steines etc. bilden kaum eine Kontraindikation; nur die Härte

hindert zuweilen; die begleitende Cystitis schwindet meist nach Entfernung des Steines; bei alten Fällen ist es aber zu einer interstitiellen Cystitis gekommen, die Schmerzen bleiben auch nach der Zertrümmerung: da hilft nur der Schnitt mit nachfolgender Drainage.

Albarran: **Rolle der Psorospermien bei der Entwickelung der Epitheliome und über gewisse Epitheliome der Blase.**

Vortragender hat in drei Fällen in der Blase Psorospermien nachgewiesen, die er für die Ursache der Carcinome hält, da man sie sowohl in proliferierenden Epithelmassen, wie in Carcinomen findet, wenn auch der strikte Beweis noch nicht erbracht ist.

Gritti: **Über die Resultate des perinealen Harnblasenschnittes mit den Grittischen Instrumenten.**

Der Instrumentenapparat besteht aus einer Stahlsonde mit Mercier-Krümmung, die auf der Seite der Knickung eine Hohlrinne hat. Diese wird eingeführt, um 180° gedreht und nach vorn gezogen; so wird Blasenhals festgehakt und nach vorn gezogen. Nun geht der Operateur mit einem spitzen Bistouri direkt durchs Perineum bis zur Rinne des Katheters und schiebt dasselbe bis zum Winkel vor. Der Stein folgt mit einer der gebräuchlichen Zangen. Gritti gab der Operation den Namen: Cystotomie à jour; sie ist in Italien 30 mal mit 10% Mortalität ausgeführt.

Sektion für Neurologie und Psychiatrie.

Althaus: **Behandlung der Syphilis des Nervensystems.**

A. empfiehlt 1. prophylaktisch: Excision des Schankers und dreimonatliche energische Quecksilberbehandlung, sodann Kräftigung des Nervensystems, da er in 59,9% seiner Fälle „nervöse Anlage" fand; 2. bei bestehender Syphilis des Nervensystems lange fortgesetzte Behandlung mit subkutanen Einspritzungen von „Karbol-Quecksilber-Crême". (Hg wird mit Lanolin verrieben und dazu Karbolöl gemischt.) Nebenbei KJ, Tonica, konstanter Strom etc.

Marie und Marinesco: **Pathologische Anatomie der Akromegalie.**

Die Autoren unterscheiden zwischen Akromegalie und „Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique". Erstere hat gewisse, ihr eigentümliche pathologische Veränderungen, die besonders das Bindegewebe betreffen. Dasselbe ist in der Haut verdickt, auch die Gefäfse, die kleinen Nerven, die Nervenendkörperchen, die Hautdrüsen weisen Verdickungen ihrer Hüllen auf. Die Bestandteile des Knochens sind hypertrophisch, die Osteogenese weist Veränderungen auf. In den Schleimhäuten sind die Veränderungen weniger ausgesprochen. Im Gehirn besteht ebenfalls Hyperplasie der Glia; die Glandula pituitaria ist im Zustande der einfachen hyperplastischen Vergrösserung.

Sektion für Hygiene.

Sehr interessant sind die Referate von Thiry und Kaposi über **die Prostitutionsfrage.**

In eingehender Weise sprechen sich beide für Reglementierung der Prostitution aus und fassen ihre Ansichten am Schlufs in einer Reihe von Thesen zusammen, von denen die Kaposis vielleicht noch umfassender sind, als die Thirys. Beide empfehlen die Bordelle, exakte ärztliche Untersuchung, thunlichste Unterdrückung der geheimen Prostitution, methodische Überwachung der männlichen Bevölkerung, soweit angängig. (Armee, Fabrikarbeiter etc.) In der Diskussion schlägt Neisser vor, die Kontrolluntersuchung umfassender und exakter zu gestalten, als meist gebräuchlich. Pippingsköld (Finnland) ist Gegner der vom Staate geduldeten Prostitution, er empfiehlt, zur Eindämmung der Syphilis alle infizierten oder verdächtigen Personen aufmerksam zu überwachen.

Drysdale ist auch gegen Reglementierung und für scharfe Bestrafung mit Gefängnis aller derjenigen, die wissentlich die syphilitische Ansteckung verbreiten. Huizinga will vor allem die „excessiven Geschlechtstriebe" gezügelt wissen, daher darf die Prostitution nicht geduldet werden, da sie einigermafsen suggestiv den Geschlechtstrieb fördert. Felix ist für Regelung der Prostitution, aber gegen Bordelle, durch die manch unschuldiges Mädchen der Korruption in die Arme geführt werde. Neumann ist für Bordelle, vor allem aber für sorgfältige Überwachung und Behandlung der Infizierten während zweier Jahre (während des kondylomatösen Stadiums). Crocq kommt im Schlufswort zu der Ansicht, dafs man die Prostitution nicht unterdrücken kann, dafs sie die Hauptquelle der Syphilis ist, und dafs man sie daher thunlichst eindämmen und überwachen mufs, wie auch Thiry und Kaposi vorgeschlagen haben. Er schlägt die Resolution vor, der Kongrefs erachte die Listenführung, Überwachung und periodische ärztliche Untersuchung der Prostituierten für notwendig, um die Syphilis einzuschränken. Die Abteilung lehnt aber die Abstimmung in Hinblick auf die Statuten ab.

Sektion für medizinische Geographie und Klimatologie.

Pekelharing: **Über Beri-Beri.**

Trotz der verschiedenen Ursachen, die man für die Krankheit verantwortlich gemacht hat (Nahrung, Feuchtigkeit, Trinkwasser etc.) bleibt auffallend, dafs Beri-Beri in den Gegenden der Tropen, wo die Krankheit herrscht, an bestimmte Gebäude, Landstriche gebunden zu sein scheint; Referent hält sie daher für kontagiös, wenn auch eine Übertragung von einem Menschen auf den anderen noch nicht sicher konstatiert ist. P. hat denn auch im Blute Beri-Beri-Kranker einen Micrococcus gefunden und gezüchtet, der bei wiederholter Einimpfung (dies ist wichtig, da auch Menschen erst nach längerem Aufenthalte in infizierten Gegenden befallen werden) bei Tieren eine multiple Entartung peripherer Nerven hervorruft. Die Therapie ist dankbar; vor allem hat man den Erkrankten in eine von der Krankheit freie Gegend zu bringen, daneben gute Ernährung etc. Auch Desinfektion der infizierten Gebäude, Schiffe, bezw. Drainieren des Bodens ist zu versuchen. Der Korreferent Wernich hält die verschiedenen Beri-Beri-Kokken- etc. Arten für identisch. Er weist der individuellen Disposition einen grofsen Einfluls zu, da meist nur kräftige Männer erkranken. Therapeutisch verspricht er sich am meisten von Verbesserung der Diät und Veränderung des Klimas.

Ed. Arning: **Über Lepra.**

Der anderweitig veröffentlichte Vortrag erklärt die Lepra entschieden für kontagiös, verursacht durch den von Hansen und Neisser entdeckten Bacillus; wenn das Kulturverfahren erst entdeckt und die Impfung gelungen ist, wird man klarer hierin sehen; A. hält Lepra nicht für hereditär; dafs die Krankheit häufig in Familien vorkommt, erklärt sich aus der frühzeitigen Infektion.

Jonathan Hutchinson bricht dagegen eine Lanze für seine Fischtheorie: Die römisch-katholische Kirche mit ihren Fasttagen und Fischspeisen hat die Krankheit über Europa verbreitet. In Neu-Seeland bestand die Krankheit bei der Entdeckung und nahm in dem Mafse ab, als die Einwohner vom Fischessen zur Fleisch- und Kornnahrung übergingen. Auch auf den Sandwichinseln bestand sie bei der Entdeckung, sie wurde nur verheimlicht, nahm dann aber bedeutend zu, als die Chinesen einwanderten und ihre Fischspeisen mitbrachten. Ähnliches hat man am Kap der guten Hoffnung beobachtet.

Hirsch referiert Beaven Bakes Vortrag: Beobachtungen und Versuche über die **Ätiologie des Aussatzes.** (Berl. klin. Woch. 1891, No. 2.)

Hirsch hält die Lepra nicht für unbedingt kontagiös, da sie immer nur auf

einzelne, oft kleine Herde beschränkt sei und mit Vorliebe bestimmte Rassen befalle; er möchte die Erblichkeit nicht aufgeben. Petersen und Dehio führen Fälle aus den russischen Ostseeprovinzen an, die nur durch Kontagiosität sich erklären. Arning meint, in alten Zeiten könne auf den Sandwichinseln keine Lepra bestanden haben, da man an Leichen in Felsengräbern keine Spur davon gefunden habe. Er fordert auf, die Lepraforschung von dem Standpunkte aus, dafs der Bacillus der Infektionsträger sei, fortzusetzen. Hirsch will auch keineswegs die Existenz oder Wirksamkeit des Bacillus geleugnet haben, er will nur die anderen ätiologischen Faktoren auch berücksichtigt wissen; dazu soll die epidemiologische Forschung dienen.

Sektion für gerichtliche Medizin.

Kratter: Über die **Verwertbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medizin.**

Die Gonokokken gehören zu den bestgekannten Spaltpilzen und sind ein konstanter Befund aller gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen. Vortragender sah zwei Fälle von Kindern, die infolge geschlechtlicher Attentate gonorrhoisch erkrankt waren. Der Thäter hatte auch Gonorrhoe. Er schliefst daher, dafs die Entscheidung, ob eine nach Stuprum auftretende blennorrhagische Entzündung traumatisch oder infektiös sei, nur durch die bakteriologische Untersuchung erbracht werden könne; der positive Ausfall derselben spreche für geschlechtliches Attentat, der negative nicht dagegen. Man kann die Gonokokken auch noch in angetrocknetem Trippereiter nach langer Zeit nachweisen.

Ungar erinnert an die Epidemie von Vulvo-Vaginitis kleiner Mädchen im Hamburger Krankenhause, deren Ätiologie nicht aufgeklärt wurde.

Mittenzweig konnte in drei Fällen Gonokokken bei dem Stuprator und seinem Opfer nachweisen.

Risel teilt folgenden Fall mit: Ein Mann wurde beschuldigt, ein kleines Mädchen mifsbraucht zu haben, welches Blennorrhoe der Vulva hatte; in dem Sekret seiner Harnröhre fanden sich keine Gonokokken, wohl aber litten beide Eltern an heftiger Gonorrhoe.

Litthauer möchte glauben, dafs die gonorrhoische Infektion auch durch Luftübertragung stattfinden kann. *F. Hahn-Bremen.*

Besprechungen.

Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Heft VI. 1892.

I. **Ein Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris,** von Walther Petersen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine 20jährige Patientin, deren Eltern und Geschwister gesund sind. Hereditäre Belastung liegt nicht vor. Die Affektion besteht seit der Geburt der Patientin und ist wesentlich charakterisiert durch erbsen- bis kirschgrofse, derbe, papilläre Geschwülstchen, deren Oberfläche vielfach ulceriert und mit hochroten Granulationen bedeckt ist. Ergriffen ist hauptsächlich die rechte Körperhälfte. Frei sind Rumpf und Arme; am stärksten befallen ist die hintere Fläche des rechten Beines. Hier ist in einem 10—15 cm breiten, etwa 30 cm langen, von der Spina posterior inferior beginnenden und sich schräg nach abwärts fortsetzenden Streifen die Haut dicht besät mit kleinen und kleinsten derben Körnchen,

welche an vielen Stellen konfluierend flache, rauhe Erhabenheiten mit unregelmäfsigem Rande bilden.

Was die histologische Beschaffenheit der Tumoren betrifft, so zeigen dieselben einen ausgesprochen adenomartigen Bau. Die Geschwulstbildung ist, wie dies aus dem mikroskopischen Befunde mit Sicherheit hervorgeht, von dem Knäueldrüsenapparate ausgegangen. Dafür spricht der Typus der Kanäle, welche nach Zellform und Zellanordnung, Membrana propria, Cuticula und Lumen den Drüsenausführungsgängen durchaus ähnlich sind und an einzelnen Stellen direkt mit diesen in Verbindung stehen, ferner das häufige Auftreten von Cylinderepithel, endlich das Fehlen jedes Zusammenhanges mit Talgdrüsen, Blut- oder Lymphgefäfsen. — Die pathologischen Veränderungen sind nicht von den bereits fertig gebildeten Drüsen ausgegangen, sondern stehen nach der Ansicht des Verfassers mit der Entwickelung der Knäueldrüsen in engem Zusammenhange. Der entwickelungsgeschichtliche Vorgang der Knäueldrüsenbildung (Hineinwachsen zapfenförmiger Epithelfortsätze ins Corium, später Bildung eines Lumen, Aufrollung des unteren Endes etc.) hat aller Wahrscheinlichkeit nach eine starke Störung erfahren.

Von besonderem Interesse war bei dem mikroskopischen Befunde die auffallend grofse Menge von Mastzellen, namentlich im subcutanen Fettgewebe.

Verfasser zieht im folgenden vergleichshalber analoge Fälle aus der Litteratur heran und würdigt dieselben einer kritischen Besprechung.

Bärensprung war der erste, der die Aufmerksamkeit auf den Naevus unius lateris lenkte. Seitdem ist die diesbezügliche Litteratur stark angewachsen, ohne dafs der Zusammenhang der Naevi mit Erkrankungen des Nervensystems zweifellos festgestellt wäre. Der Zusammenhang des Naevus mit dem Voigtschen Liniensystem war in dem vorliegenden Falle unverkennbar.

Weiterhin bespricht Verfasser die Diagnose des Falles, für die er vergleichsweise die beschriebenen Fälle von Knäueldrüsenerkrankungen aus der Litteratur erwähnt. Das Material ist, was sicher beobachtete Fälle von Knäueldrüsengeschwülsten betrifft, nur sehr gering; einen dem seinigen genau entsprechenden Fall konnte Verfasser in der ihm zugänglichen Litteratur nicht auffinden.

II. **Beitrag zur Jodkaliumtherapie der Psoriasis**, von Dr. med. Hillebrand.

Verfasser bespricht die Erfahrungen, die andere Autoren, so Haslund, Guutelings, Molènnes, Ehlers u. a., mit der Anwendung des Jodkaliums bei Psoriasis gemacht haben. — Haslund hat an 60 Fällen das Mittel mit meist günstigem Erfolge erprobt. Er begann die Kur mit 2 g pro die, stieg schnell bis zu einer Tagesdosis von 10 g, setzte täglich 2 g hinzu und gelangte zu bis dahin nie gegebenen Dosen.

Im folgenden werden die von Haslund behandelten Fälle nach Lebensalter der Patienten, nach der Dauer der Behandlung, den Maximaldosen pro die, der Gesamtmenge des Jodkaliums während der Behandlung tabellarisch zusammengestellt. Den Tabellen ist zu entnehmen, dafs Kinder zur Heilung der Psoriasis mit Jodkalium längere Zeit und entsprechend mehr Jodkalium nötig haben, als Erwachsene. Verfasser will nun feststellen, ob hierbei die Dauer der Ausscheidung des Jodkaliums eine Rolle spielt, und ob dieselbe bei Kindern und alten Leuten wesentlich anders ist, als bei Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren. Zu diesem Zwecke verabreichte er einer Anzahl von Kindern und Erwachsenen zuerst vermittelst der Pravazschen Spritze, später, da dies ohne Einfluss auf die Dauer der Ausscheidung war, per os immer die gleiche Dosis, und zwar anfangs ein 1 ccm einer wässerigen Jodkaliumlösung (7,5 : 100) Der Urin wurde öfters, zumal gegen Ende der Reaktion, auf seinen Jodgehalt qualitativ geprüft, und der Zeitpunkt, wo die Reaktion ganz aufhörte, notiert. Als

Reagens wurde stets frisch bereiteter Stärkekleister unter Zusatz einer Spur von salpetrigsaurem Kalium und etwas Schwefelsäure benutzt.

Das Resultat dieser Untersuchungen war, dafs die Ausscheidung des Jodkaliums bei Kindern, obgleich sie nicht ihrem Alter entsprechende kleinere Dosen, sondern dieselben Dosen wie Erwachsene erhielten, dennoch nicht wesentlich später beendet war. Weit später war die Ausscheidung bei alten Leuten beendet. Verfasser schliefst daraus, dafs man bei Kindern wohl gröfsere Vorsicht beobachten müsse, als bei Erwachsenen, ohne dafs es nötig wäre, mit den Dosen sehr erheblich herunter zugehen. Bei alten Leuten jedoch sei grofse Vorsicht erforderlich.

III. **Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie**, von Max Wolters. (Fortsetzung.)

Die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen an Hautstücken eines Falles von circumskripter und eines Falles von diffuser Sklerodermie zeigten eine absolute Übereinstimmung. — Die ganze Epidermis ist gegen die Norm verschmälert, so vor allem das Stratum corneum, das sich deutlich gegen das Stratum Malpighii abhebt. Die Elemente des Rete sind von kubischer Gestalt mit schönen deutlichen Kernen. Die unterste Schicht, die des Cylinderepithels, setzt sich durch ihre auffallend braun-gelbe Pigmentierung scharf gegen das Corium ab, ohne dafs eine Volumenzunahme der Elemente zu konstatieren ist. Das Pigment liegt in gröfseren und kleineren Körnchen in den Zellen.

Das Corium ist im ganzen verbreitert. Die Papillen sind nicht überall gleichmäfsig ausgebildet; zumeist sind sie flacher als normal und zeigen sich vielfach zerklüftet. Auf ganzen Strecken fehlten die Papillen vollständig, Corium und Rete stiefsen in gerader Linie zusammen. Das Corium war von zahllosen elastischen Fasern durchsetzt, die eine Vermehrung sowohl ihrer Zahl wie ihres Volumens erfahren zu haben schienen. Die bindegewebigen Elemente des Coriums zeigten sich vermehrt, das Fettgewebe war überall atrophisch. — Die Haare sind intakt und weisen in ihren Scheiden ziemlich viel Pigment auf.

Die glatten Muskelfasern sind verbreitert, aber nicht infiltriert. — An den Gefäfsen ist die Adventitia beinahe völlig verschwunden, oder sie ist an einer Stelle noch erhalten und zeigt deutliche Wucherungen ihrer Elemente mit zahlreichen Rudimenten elastischer Fasern. Vor allem ist die Media durch das Eindringen fremder und Hineinwachsen frischgebildeter, bindegewebiger Elemente stark alteriert. In ähnlicher Weise nimmt die Intima an den Veränderungen teil, wobei das stark gewucherte Endothel das Lumen mehr oder weniger, stellenweise bis zu völligem Verschlusse, verengert und auf diese Weise die Cirkulation beeinflufst. — Die Untersuchung der Hautnerven hat zu bemerkenswerten Befunden nicht geführt.

Verfasser bespricht im folgenden sehr ausführlich die histologischen Befunde, welche zahlreiche neuere und ältere Autoren an Fällen von Sklerodermie gemacht haben.

Was die Pathogenese und die Natur der Erkrankung betrifft, so sind je nach den klinischen Beobachtungen und pathologisch-anatomischen Befunden der Autoren zahlreiche, verschiedene Theorien aufgestellt werden.

Hebra, Kaposi u. a. legen das Hauptgewicht auf das Vorkommen der jugendlichen Bindegewebszellen in den perivaskulären Lymphscheiden und in den Interstitien Der Prozefs sollte eine Lymphstauung sein, bedingt durch abnorme Beschaffenheit der allgemeinen Ernährung.

Am meisten Anhänger hat die Ansicht gefunden, dafs es sich um eine Erkrankung des Nervensystems, insbesondere um eine Trophoneurose handle. — Forget und mit ihm eine Reihe von Autoren, wie Lagrange, Rindfleisch, Birch-Hirschfeld u. a., glaubte, dafs die Natur der Sklerodermie in einer

langsamen Entzündung des Coriums bestehe mit Ausgang in Verhärtung und Verkürzung des Gewebes.

W. faſst seine pathologisch-anatomischen Befunde noch einmal zusammen und gelangt dazu, auf Grund derselben die Sklerodermie, ebenso wie dies Rasmussen, Heller u. a. gethan haben, zunächst für eine interstitielle Entzündung anzusehen, die aufser der Haut auch Muskulatur und Intestina mitergreifen kann und sich deshalb eigentlich als eine Allgemeinerkrankung erweist.

Die Prognose der Sklerodermie ist im allgemeinen ungünstig, wenn auch Heilungen gemeldet werden, oder der Prozefs sich über Jahre hinaus erstrecken kann. Der Exitus erfolgt meistens unter den mannigfachsten, nicht direkt mit dem Prozefs in Verbindung stehenden Affektionen wie: Vitium cordis, Phthisis, Emphysem, Anämie, Pleuritis, Diarrhoe, Morbus Brightii etc.

Die Behandlung ist zum Teil symptomatisch, zum Teil allgemein, je nach der Auffassung, welche die verschiedenen Autoren von dem Prozesse hatten. Thibial suchte die Menstruations-Anomalien zu beseitigen. Es wurden empfohlen Jodkalium, Chinin, Eisen, Natrium salicylicum, Arsen, Tonica aller Art.

Nicht gar sehr selten erzielten einige Autoren Erfolge. Da indessen auch, wie Kaposi und Lang hervorheben, Spontanheilungen vorkommen, so bleibt es immerhin fraglich, ob der Erfolg den Mitteln allein zugeschrieben werden darf.

Äufserlich wurden Bäder, Einreibungen mit Salben empfohlen, wodurch eine Erweichung und bessere Einfettung der Epidermis erzielt werden sollte. Curzio und Arning erreichten durch Unguentum cinereum eine wesentliche Besserung. Bei den Salbenapplikationen wirkt wahrscheinlich auch die dabei ausgeübte Massage günstig ein; dies gilt namentlich von frischen Fällen. Von günstigem Einflusse ist die Elektrizität, sowohl als induzierter wie konstanter Strom.

C. Berliner-Aachen.

Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau, von van Haren-Noman. (Haarlem, de Erven F. Bohm. 1892.) Die vorliegende dritte Lieferung dieses viel versprechenden Werkes enthält die sechs Nummern: Erythema exsudativum multiforme, Herpes facialis, Pityriasis pilaris, Prurigo, Ichthyosis und Pediculosis corporis. Die Photogramme sind sämtlich durch saubere und charakteristische Ausführung ausgezeichnet und veranschaulichen die betreffenden Affektionen, wie man es ohne Nachhülfe von Farben nicht besser leisten kann. Die betreffenden klinischen Fälle sind ausgewählt paradigmatischer Art und bieten also nichts Ungewöhnliches oder Erwähnenswertes dar; der übrige Text enthält eine präzise, aber anschauliche Darlegung der Symptomatologie der betreffenden Krankheiten, und namentlich die Differentialdiagnostik wird eingehend berücksichtigt. Hoffentlich folgen die auf im ganzen 60 Tafeln berechneten übrigen Lieferungen in Bälde den bis jetzt erschienenen nach.

Philippi-Nieheim.

Lehrbuch der Hautkrankheiten, von M. Joseph. (Leipzig bei G. Thieme, 1892.) Um dem Praktiker eine notwendige Orientierung über die Hautkrankheiten zu geben, hat Joseph das vorliegende Werkchen geschrieben, gleichsam als Ergänzung zu den umfassenden Werken Kaposis etc. Die Form ist knapp. Vor allem ist Diagnose und Therapie, wie es dem Zwecke des Buches entspricht, eingehend besprochen; im allgemeinen kann man das Buch als eine ganz angenehme Bereicherung der vorhandenen reichhaltigen Sammlung von Lehrbüchern der Hautkrankheiten betrachten, zumal es die neuesten Forschungen und Publikationen berücksichtigt. Was ins Kapitel der inneren Medizin oder Chirurgie schlägt (Furunkel, Erysipel, Morbillen, Scharlach etc.), ist übergangen, um den Umfang zu beschränken. Einzelne Ausstellungen

sind zu machen: daſs gegenüber dem Erythema „multiforme“ gerade die „Polymorphie“ der luetischen Symptome differential-diagnostisch besonders wichtig ist, ist schwer einzusehen. Daſs die im übrigen vorzügliche erste Photogravüre von Lepra eine „Facies leonina“ sein soll, sagt uns der Text, sonst würde es wohl mancher nicht glauben, sondern das Porträt für das eines Falles von Fleckenlepra halten.

F. Hahn-Bremen.

Ordinationsformeln aus der Syphilis-Abteilung von E. Lang. (Wien Josef Šafář. 1892.) Die zweite unveränderte Auflage der Langschen Rezepte dürfte manchem willkommen sein, besonders jüngeren Kollegen und solchen, die auf dem Spezialgebiete weniger bewandert sind. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Alumnol ist ein antiseptischer, adstringierender, in die Tiefe wirkender Körper, von Heinz entdeckt. Chemisch ist es ein sulfosaures Aluminiumsalz; es ist weiſs bis rötlich, nicht hygroskopisch, löst sich in Wasser leicht, fällt Eiweiſs, löst sich aber im Überschuſs davon wieder. Auch in Salben, Pflastern, Firnissen ist es zu verwenden. Anwendung kann es finden: bei Gonorrhoe, 1% bei Männern, 2—5 % Stäbchen bei Endometritis; stärkere Konzentrationen ätzen wie Chlorzink. Abscesse sind mit $^1/_2$- bis 1%iger Lösung auszuspülen. Beiersdorff hat Pflastermulle mit Alumnol verfertigt, die bei entzündlichen Hauterkrankungen, bei chronischen Infiltrationen zu versuchen wären. In der Otiatrie ist es brauchbar, da es sich in dem Sekret leicht löst und daher keine Eiterretention bewirken kann. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Salol im Organismus von P. Cornet. (*Progrès médical.* No. 44, 1892.) Aus dem Resultate von Experimenten, welche Verfasser an 10 Hunden angestellt, geht hervor, daſs: 1. die Zersetzung des Salols zunächst im Dünndarme stattfindet, wo bereits $^1/_2$ Stunde nach der Einführung in den Magen (mittelst Schlundsonde) Salicylsäure nachweisbar ist; 2. im Magen 2 oder 3 Stunden nach der Einführung des Salols (2—3 g) noch vorkommt; 3. keine vollständige Zersetzung des Salols stattfindet, indem solches in den Faeces nachgewiesen wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Wirkung des Lysols, von Cadéac und Guinard. (*Province médicak.* 23. April 1892).

1. Lysol wirkt antibakteriell kräftiger, als Karbolsäure, Kreolin etc.
2. Lysol wirkt antiseptisch nicht so kräftig, wie die genannten Mittel.
3. Lysol wirkt nur in Lösungen, die irritierend und kaustischen Grades sein können.
4. Lysol nimmt in der Chirurgie keine hohe Stelle ein, kann aber in der Prophylaxe von Epidemien mit Erfolg verwendet werden.
5. Zur Desinfektion von Aborten, Schiffen etc. ist Lysol zweckmäſsig.
6. Lysol ist leicht löslich und billig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kamphoid, ein Kollodiumersatz:

Kampfer		*Kampfer*	
Alkohol aa	20,0	*Alcohol absol.* aa	20,0
Pyroxylin	1,0	*Pyroxylin*	1,0
(Kollodiumwolle)		*Jodoform*	4,0

Für Jodoform ist es sehr praktisch, da es den Geruch verdeckt. Das Kamphoid trocknet auf der Haut schnell zu einer elastischen Decke.

Zur Beseitigung des Geruches von Jodoform, Kreosot und Guajakol von den Händen sind Waschungen von Leinsamenmehl zu empfehlen. Nach Jodoform riechende Gegenstände wäscht man in Teerwasser, dem etwas Wintergrünöl zugesetzt ist. Mit Kaffeepulver bestreute Kreosotpillen riechen nicht unangenehm. Nach Kreosot und Guajakol riechende Räume werden dadurch desodoriert, dafs man Kaffee darin brennt. (*Deutsche Mediz.-Zeit.*) *Jessner-Königsberg i. P.*

Jodoformium desodoratum stellt man nach der Niederländischen Pharmakopoe her:

Jodoform	197,0
Acid. carbol.	1,0
Ol. Menth. piper.	2,0.

Jodpräparate reicht man nach MANNAN am besten mit einem Zusatz von Syrupus communis (Melissesirup), der den Geschmack der Jodsalze am besten deckt. (*Deutsche Mediz.-Zeit.* No. 61. 1892.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche mit Tuberculinum KOCHII bei Rindern zu diagnostischen Zwecken, von A. EBER. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. Nr. 9 u. 10.) Bei 247 Versuchstieren hatten Tuberkulininjektionen 216 mal = 87,45% ein im Sinne der Tuberkulinwirkung positives, 31 mal = 12,55% ein negatives Ergebnis. Dieses ist also ein für Tuberkulin sehr günstiges und nutzbringendes, wenn man bedenkt, dafs die Mehrzahl der bei der Schlachtung als tuberkulös gefundenen Tiere bei Lebzeiten keine Zeichen von Erkrankung zeigt. Dosis: 0,4–0,5; Injektionsstelle: Seitenteile des Halses. Die Reaktion trat meistens nach 6—18 Stunden ein und dauerte 3—12 Stunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Wirkung des KOCHschen Tuberkulins auf gesunde Tiere (Kaninchen), von F. GEISSLER. (*Wratsch.* No. 21. 1891.) Nach zehntäglicher Injektion zu 0,04 fand Verfasser folgendes: In der Leber Hyperämie und stellenweise parenchymatöse Degeneration; im Herzen trübe Schwellung, körnige Degeneration der Muskeln und Hyperämie; in den Nieren die Glomeruli hyperämisch, trübe Schwellung der Epithelien der Harnkanälchen; in der Milz Hyperämie. Also auch bei den gegen Tuberkulin sehr wenig empfindlichen Tieren treten Veränderungen auf, wie nach Zuführung anderer Gifte. — Prophylaktisch hatte die Tuberkulininjektion keine Bedeutung; die injizierten und zwei Wochen später tuberkulös infizierten Kaninchen erkrankten ebenso, wie nicht vorher injizierte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche mit Tuberkulin bei Krankheiten der Rinder, von TOMMASO GUIDA. (*La Rif. med.* No. 41 u. 42. 1892.) Verfasser zieht auf Grund einer kleinen Anzahl von Fällen die Schlüsse, dafs das Tuberkulin ein diagnostisches Kriterium in zweifelhaften Fällen liefern kann, obgleich die Reaktion bei lokaler Tuberkulose nicht konstant ist, Jedenfalls verdient das Tuberkulin noch weitere Studien.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eigener, schwerer Fall von Jodoformintoxikation, von P. NÄCKE. (*Berl. kl. Woch.* No. 7. 1892.) Ein Exanthem an den Genitalien und dem Oberschenkel wurde mit Jodoform bestreut; 8—10 Tage später tiefe Bewufstseinstörung, welche vier Tage anhielt.

Die Erinnerungsbilder waren geschwunden, eine Art Paraphasie bestand, der Gemütszustand war ein sehr wechselnder, Gedächtnis und Intelligenz blieben noch lange geschwächt, neurasthenische Beschwerden, und besonders Agrypnie, hypochondrische Stimmung schwanden erst nach einer Kur mit Hydrotherapie, Massage etc. Sobald Patient das Bewufstsein wieder erhalten hatte, empfand er den ihm sehr unangenehmen Jodoformgeschmack und Geruch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Intoxikation durch Perubalsam, von Lohaus. (*Berl. kl. Woch.* No. 6. 1892.) Ein sechs Tage altes Kind starb unter Erscheinungen einer Gastroenteritis: grau-dünner Stuhl, gemischt mit bräunlichem Schleim, Cyanose, zäher, schmutzig-brauner Schleim von eigentümlichem ätherischen Geruch im Munde, Pupillen eng. Das ganze Krankheitsbild erinnerte an eine Intoxikation, und als das Gift wurde Perubalsam ermittelt, mit dem die Mutter sich die wunden Brustwarzen bestrich. — Sektion wurde nicht gestattet. — (Zweifellos ist der Fall wohl nicht. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Giftigkeitsgrad des Quecksilberoxycyanür, von H. Picard. (*La France méd.* No. 12. 1892.) Statt Hydrargyrum tannicum 0,05 hatte der Apotheker einer Kranken Oxycyanquecksilber gegeben, die davon vom 20. Januar bis 4. Februar regelmäfsig die genannte Dosis einnahm, ohne, abgesehen von leichten Quecksilberintoxikationserscheinungen, irgend welche Beschwerden zu haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine letal verlaufene akute Quecksilbervergiftung, entstanden durch Einreibung von grauer Salbe, von Sackur. [Allerheiligen-Hospital in Breslau.] (*Berl. klin. Woch.*) No. 25. 1892.) Eine Stunde nach einer von einem Arzte vorgenommenen Einreibung von grauer Salbe in tiefe Rhagaden der Hand und des Vorderarmes bei einem Dienstmädchen erkrankte dasselbe und starb sechs Tage später unter den Erscheinungen einer Intoxicatio mercurialis acuta: Übelbefinden, Tenesmus, Albuminurie, später Anurie, unaufhörliche blutige Durchfälle, kleine Geschwüre am Zungenrand. Die Sektion ergab: im Dickdarm das Bild schwerster Dysenterie, parenchymatöse Nephritis, keilförmige anämische Herde an der Oberfläche der Leber.

Es ist der Tod nach einer Einreibung mit einem erbsengrofsen Stück grauer Salbe sehr auffallend, und nur durch eine Idiosyncrasie, bestehende Anämie, und eine von den Rhagaden ausgehende, beginnende Sepsis zu erklären; der Arzt hatte nämlich die graue Salbe wegen des Verdachtes einer Lymphangitis eingerieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Schwefelzinkhydrat in der Dermatologie, von T. Petrilli. (*Giorn. Ital. Malatt. Vener. e della Pelle.* Ann. XXVIII, Fasc. III.) Das Schwefelzinkhydrat (ZnS_1H_2O) wird dargestellt, indem man einen Strom von Schwefelwasserstoffgas durch eine Lösung von Zinkacetat leitet; durch Austrocknen desselben bei einer Temperatur von 100° erhält man es als ein weifses Pulver. Verfasser hat es nach dem Vorgang von Prof. Barduzzi namentlich bei chronischem und akutem Ekzem innerlich und äufserlich angewandt und sehr befriedigende Resultate erhalten. Die innerlichen Gaben betrugen nicht mehr als ein Gramm pro die; oft genügte auch die äufserliche Anwendung in Salbenform vollständig. Einen Übergang des Mittels in die Körpersekretionen hat Verfasser durch den Nachweis von H_2S im Urin, dem Speichel und dem Schweifse nicht mit Bestimmtheit konstatieren können, doch mag dieser Mifserfolg durch die Kleinheit der angewandten Dosen bedingt sein. Überhaupt soll diese Mitteilung nicht ein endgültiges Urteil darstellen, sondern nur zu weiteren Versuchen mit diesem viel versprechenden Mittel anregen. *Philippi-Nieheim.*

Ungünstige Wirkung von Gallacetophenon, von W. D. James. (*Brit. Journ. Derm.*, November 1892.) Bei einem erwachsenen Psoriasiskranken hatte eine 10%ige Gallacetophenonsalbe bei 14tägiger Anwendung eine ziemlich günstige Wirkung gehabt; nach 4wöchentlichem Aussetzen wurde, da die Läsionen nicht ganz geheilt waren, eine 10%ige ätherische Lösung und eine 5%ige Salbe mit dem gereinigten, pulverigen Medikament verschrieben. Vier Stunden nach der Anwendung (31. Mai 1892) trat ein unerträgliches Brennen an allen Stellen, sowohl an den mit der Salbe als an den mit der Lösung behandelten, hervor, und bald darauf war unter heftigen entzündlichen Erscheinungen die Haut an den betreffenden Stellen blasenartig abgehoben. Die Heilung der akutesten Erscheinung erforderte trotz geeigneter Behandlung etwa 14 Tage, und die Überreste seien zur Zeit der Publikation noch nicht ganz verschwunden. *Philippi-Nieheim.*

Die Anwendung der Seifen in der Dermatologie, von Emil Schwarz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. 40/41.) Folgende Indikationen stellt Verfasser für die Seifenanwendung auf: 1. Ansammlung von Sekreten und Retention derselben in den Drüsen. 2. Zu geringe Thätigkeit der Drüsen zur Ausübung eines Reizes. 3. Auch entzündliche Exsudation mit Bläschenbildung zur Lösung der Horndecke und Erleichterung des Sekretabflusses. 4. Chronische Entzündungen zur Überführung derselben in akute. 5. Infektiöse Hauterkrankungen zur Abstofsung der infizierten Partien. 6. Fälle, wo Antisepsis nötig ist.

Als Zusatzmittel empfiehlt Verfasser: 1. Antiseptica: Naphtol 5% mit Kreosot 5% (impetiginöses Ekzem). Keratolytica mit nebenbei antiseptischer Wirkung: Teer, Schwefelteer, Salicyl-Resorcin, alle 5% (chronisches Ekzem, Acne rosacea, chronische Infiltration etc.). 3. Spezifica: Quecksilber (Sublimat 5,0, Glycerin 25,0, Seifen 100). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über pulverförmige medizinische Seifen und einige neue medizinische Stückseifen, von P. J. Eichhoff in Elberfeld. (*Therap. Monatsh.* No. 11.) Fortsetzung. Die Pulverseifungen sind folgendermafsen zusammengesetzt:

1. Salicylsäure-Pulverseife:	*Acid. salicyl.*	5%
	Pulverseife	95„

Dieselbe kann als neutrale und als überfettete Seife dargestellt werden. Indikation dieser Seife: Alle Erkrankungen, welche eine dermatolytische Behandlung erfordern, also dicke Epidermisauflagerungen bei Psoriasis, Schwielen- und Hühneraugenbildung.

2. Salicylsäure-Resorcin-Pulverseife:	*Acid. salicyl.*	5%
	Resorcin	5„
	Pulverseife	90„

mufs trocken gehalten werden, Indikationen wie oben; E. empfiehlt sie auch gegen beginnende Seborrhoe des Kopfes mit Defluvium capillorum.

3. Salicylsäure-Schwefel-Pulverseife:	*Acid. salicyl.*	5%
	Sulfur depur.	5„
	Pulverseife	90„

Indikationen: chronisches Ekzem, Psoriasis, parasitäres Ekzem, sämtliche Mykosen der Haut, Acne vulgaris, Acne rosacea, Seborrhoea capitis.

4. Salicylsäure-Resorcin-Schwefel-Pulverseife:	*Acid. salicyl.*	5%
	Resorcin	5„
	Sulfur depur.	5„
	Pulverseife	85„

5. Schwefel-Pulverseife: *Sulfur depur.* 10%
Pulverseife 90„

wird in allen drei Formen hergestellt. Die alkalische Form dieser Seife besonders wirksam bei Psoriasis und Akne. Ferner bei verschiedenen Formen von Ekzemen, bei Sycosis und Scabies.

6. Camphor-Schwefel-Pulverseife: *Camphor* 2%
Sulfur depur. 5„
Pulverseife 93„

Indikationen: Akne, Psoriasis, Mykosen der Haut, Rosacea, Frostbeulen, Hand-, Fufs- und Achselschweifs.

7. Perubalsam-Pulverseife: *Bals. peruv. sapon.* 10%
Pulverseife 90„

Indikation: Scabies, alle leichten parasitären Krankheiten der Haut, bei schlecht heilenden Geschwüren.

8. Camphor-Schwefel-Perubalsam-Pulverseife: *Camphor* 2%
Sulfur depur. 5„
Bals. peruv. sapon. 10„
Pulverseife 83„

Indikation: Acne vulgaris, Komedonen, Psoriasis, Impetigo contagiosa, alle anderen Mykosen, Ekzeme und Scabies.

9. Naphtol-Schwefel-Pulverseife: *β-Naphtol* 5%
Sulfur depur. 5„
Pulverseife 90„

Indikation: Akne, Psoriasis, Scabies etc.

10. Naphtol-Pulverseife: *β-Naphtol* 5%
Pulverseife 95„

Bei den leichten Affektionen obiger Art.

11. Camphor-Pulverseife: *Camphor* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: Pruritus, Frost. Die neutrale Form ist eine gute Zahnseife.

12. Borax-Pulverseife: *Boracis* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: Ekzem, Intertrigo, bei Schweifsen, Erythemen etc.

13. Thymol-Pulverseife: *Thymol* 2%
Pulverseife 98„

Hygienische Seife bei Frauen und Kindern.

14. Benzoe-Pulverseife: *Benzoe* 3%
Pulverseife 97„

Indikation: leichte Ekzemfälle, Acne rosacea etc.

15. Bimsstein-Pulverseife: *Bimsstein* 20%
Pulverseife 80„

Reinigungsmittel der Haut.

16. Chlorkalk-Pulverseife: *Chlorkalk* 10%
Pulverseife 90„

Desinfektionsseife; ferner bei Lupus, syphilitischen Geschwüren und allen Mykosen.

17. Jod-Pulverseife: *Jod. pur.* 2%
Pulverseife 98„

nur in überfetteter Form. Indikationen: Kropf, parasitäre Hautkrankheiten und syphilitische Geschwüre.

18. Aristol-Pulverseife: *Aristol* 2%
Pulverseife 98„

nur überfettet. Indikation: wie bei der Jodseife.

19. Europhen-Pulverseife: *Europhen* 2%
Pulverseife 98„

überfettet. Indikation: wie bei den beiden letzten, besonders beim Ulcus molle.

20. Chinin-Pulverseife: *Chin. sulfur.* 2%
Pulverseife 98„

Indikation: Pityriasis versicolor und Intertrigo.

21. Chrysarobin-Pulverseife: *Chrysarob.* 10%
Pulverseife 90„

Indikation: bekannt.

22. Pyrogallol-Pulverseife: *Pyrogallol* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: bekannt. E. empfiehlt sie noch bei Lupus.

23. Jodoform-Pulverseife: *Jodoform* 3%
Pulverseife 97„

Indikation: alle geschwürigen Prozesse, Kropf, Scrophuloderma und Lupus.

24. Jodol-Pulverseife: *Jodol* 3%
Pulverseife 97„

Indikation: wie bei Jod- und Jodoformseife.

25. Menthol-Pulverseife: *Menthol* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: alle Hautkrankheiten, die auf nervöser Basis beruhen, wie Pruritus.

26. Salol-Pulverseife: *Salol* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: Parasitäre Ekzeme, Psoriasis, Favus, Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria, Pityriasis versicolor, Impetigo contagiosa etc.

27. Sublimat-Chlornatrium-Pulverseife: *Sublimat* 2%
Chlornatr. 1„
Pulverseife 97„

es soll ein haltbares Präparat sein, doch mufs es gut verschlossen aufbewahrt werden. Die Indikationen sind wohl bekannt.

28. Tannin-Pulverseife: *Acid. tann.* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: Chronische parasitäre Ekzeme mit starker Gefäfserweiterung, Psoriasis, Intertrigo, Eczema marginatum, Impetigo contagiosa, Acne vulgaris und Rosacea.

29. Thiol-Pulverseife: *Thiol. sicc.* 5%
Pulverseife 95„

Indikation: Rosacea, Acne vulgaris, Acne varioliformis, Furunkel, Ekzeme, Intertrigo, Erythrasma, Erythema nodosum und Purpura.

30. Naphtalin-Pulverseife: *Naphtalin* 5%
Pulverseife 95„

Specificum gegen Mykosen.

31. Cantharidin-Pulverseife: *Cantharidin* 0,2%
Pulverseife 99,8„

nur in überfetteter Form und als Reizmittel für Haarwuchs.

L. Hoffmann-Berlin.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Einige Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Lepra, von Brayer Rake. (*Guys Hospital Reports.* Vol. XLVIII, 1891.) In diesem Berichte faſst Verfasser die Ergebnisse von 109 Autopsien von Lepraleichen zusammen und giebt in einem tabellarischen Anhang die hauptsächlichen Resultate der betreffenden Sektionsprotokolle. Am meisten Interesse gewähren dabei die zum Nachweise von Leprabacillen ausgeführten Untersuchungen der inneren Organe. Am häufigsten wurden dieselben in den Leistendrüsen, der Leber, dem Kehlkopf, N. medianus, Milz nachgewiesen. In der Lunge und den Nieren fanden sie sich nur bei 18 resp. 9% der daraufhin untersuchten Fälle. Zum Teil liegt dies aber sicher an der Schwierigkeit der Durchmusterung so groſser Organe. Bemerkenswert ist dabei, daſs, wie Cornil und Babès auch konstatiert haben, Organe, wie Niere, Leber etc. relativ oft Bacillen enthalten, ohne erkennbare mikroskopische Veränderungen. Von allen pathologischen Befunden waren Erkrankungen der Nieren (35 mal) und Lungentuberkulose (33 mal) bei weitem am häufigsten vertreten. Andere Läsionen werden 82 aufgezählt. — Diese Arbeit enthält noch einige frühere Mitteilungen des Verfassers über denselben Gegenstand; es ist aber sehr willkommen, dieses reiche statistische Material in einer einzigen Abhandlung kritisch geordnet beisammen zu haben. *Philippi-Nieheim.*

Blutuntersuchungen bei der Lepra, von Joseph Winiarski. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* No. 39. 1892.) Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daſs, solange die Lepra noch nicht tiefgehende Veränderungen im Organismus bewirkt hat, die Blutzusammensetzung sich nicht wesentlich verändert, und auch bei den verschiedenen Formen keine Unterschiede hierin bestehen. Bei vorgeschrittenen Fällen nimmt die Zahl der roten Blutkörperchen ebenso wie der Hämoglobingehalt, letzterer aber relativ weniger ab, so daſs das einzelne Blutkörperchen doch noch hämoglobinreicher ist, als in der Norm. In den schwersten Fällen nehmen rote Blutkörperchen und Hämoglobingehalt sehr erheblich ab, ähnlich wie bei der perniciösen Anämie. Die weiſsen Blutkörperchen halten sich im allgemeinen auf der Norm; die mehrkernigen Leukocyten überwiegen bedeutend. — Die Gröſse der roten Blutkörperchen war im Allgemeinen normal. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Aus dem *Journal of the Leprosy Investigation Committee* No. 4.
Herausgegeben von P. S. Abraham.

Lepra und Tuberkulose.

Prof. Damaschino[1] fand bei der Autopsie einer Lepraleiche ähnliche Verhältnisse an den Lungen, wie bei Tuberkulose, nämliche Exkavationen und graue und gelbe Granulationen. Unter dem Mikroskop fanden sich eine groſse Anzahl kurzer Bacillen, welche sich mit der Ziehlschen Methode färben lieſsen und in jeder Beziehung den in der Haut etc. nachgewiesenen Leprabacillen ähnlich waren. Auſserdem wurden isolierte und in Gruppen angeordnete Bacillen gefunden, welche denen der Tuberkulose ähnlich waren. Impfung von Stückchen des Lungengewebes ergab bei Meerschweinchen Tod an Tuberkulose, während Impfungen der Haut ein negatives Resultat ergaben. — Dr. G. Thibierge, in *Ann. de Derm. et Syph.* Sept. 1891. Pag. 742. — (S. auch Referat Bd. XV, Pag. 412.)

[1] Documents pour servir à l'étude anatomo-pathologique de la lèpre. *Arch. de méd. expér.* März 1891. Paris. P. 213.

Die Tuberkulinbehandlung der Lepra, von G. F. Donovan.

Verfasser hat drei Fälle mit Injektionen von Tuberkulin behandelt. Die Kur wurde drei Monate lang fortgesetzt und ergab bei allen drei Patienten eine Zunahme des Körpergewichtes und Besserung des subjektiven und allgemeinen Befindens. Eine gewisse lokale Reaktion war als Folge der Injektionen gleich nachher zu konstatieren, doch hielt dieselbe nicht an, und einen Monat nach dem Aussetzen der Behandlung waren die leprösen Symptome in statu quo antea. Die Patienten waren alle Männer im Alter von 21, 33 und 17 Jahren; ein Mulatte, ein Weifser und ein Neger; es handelte sich bei zweien um tuberöse, bei einem um gemischte Lepra.

P. Ferrari hat acht Fälle von tuberöser Lepra mit Tuberkulin behandelt, doch sind die Resultate nicht derartig, dafs man zu weiteren Versuchen gerade ermuntert wird. Teils waren die dabei eintretenden Begleiterscheinungen ziemlich bedrohlicher Art, teils auch konnte überhaupt keine Reaktion erzielt werden. Dr. F. ist der Ansicht, dafs eine direkte, heilsame Beeinflussung der Lepra durch Tuberkulin nicht erzielt werden kann, doch hat es wohl einen gewissen Einfluſs auf torpides Gewebe. Bemerkenswert war aber namentlich der Ausbruch neuer Tuberkel während der reaktionären Fieberparoxysmen.

Andere Fälle von Abraham, Cheyne, Phillips lassen noch keine bestimmten Schlüsse zu.

Lepra und Syringomyelie, von G. Thibièrge.[1]

Es wird folgender Fall ausführlich besprochen: Ein 45jähriger Mann war 1883 als Soldat nach Tonkin gekommen, wo er 18 Monate nach seiner Ankunft trophische Störungen in Gestalt von Blasen, die an beiden Fufssohlen gleichzeitig auftraten, und eine Muskelschwäche im rechten Arme bemerkte. Ausserdem machte er Dysenterie, Malaria und Cholera durch. Im Juli 1886 wurde er als dienstuntauglich entlassen und ist seitdem in verschiedenen französischen Hospitälern behandelt worden. Leloir diagnostizierte Lepra im Jahre 1889 und gab Ol. Chaulmoograe mit günstigem Erfolg. Von anderen hervorragenden Ärzten ist der Fall für Syringomyelie erklärt worden; hierfür spricht allerdings die absolute Thermoanästhesie, namentlich da die krankhaften Gebiete nicht der Nervenverteilung entsprechen. Dagegen ist die Diagnose Lepra gesichert durch die doppelseitige Paralyse des Orbicularis palpebralis, sowie namentlich die Verdickung des Ulnarnerven unterhalb des Ellenbogens. Auf die anderen Symptome hier noch einzugehen verbietet der Mangel an Raum. Th. glaubt, dafs die von Leloir, Hardy und Besnier mutmafslich angegebene Zahl der Leprösen in Paris (60—100) nicht zu hoch gegriffen sei. Viele Fälle dürften wohl unter falscher Diagnose sich in Behandlung befinden.

Im Anschluſs an diesen Bericht erklärt Zambaco-Pacha in Konstantinopel die Morvansche Krankheit, Syringomyelie und die Lepra anaesthetica (Danielssensche Krankheit) alle für identisch und will dies durch Autopsien jetzt nachweisen.

Einen dem Thibiergeschen ähnlichen Fall schildert P. A. Morrow unter der Überschrift: „The Diagnosis of Leprosy, especially the differentiation of the anaesthetic form from Syringomyelie“ im *Journ. cutan. and genitour. dis.* Jan. 1890. Bei dem 20jährigen Kranken blieben die Symptome jahrelang auf die eine Körperhälfte beschränkt, und die Diagnose bot grofse Schwierigkeiten dar.

Auch ist von Hutchinson derselbe Gegenstand im *Brit. med. Journ.* behandelt worden.

---

[1] Lèpre anesthésique et Syringomyélie. — *Gaz. Hebdom. de Paris.* April 1891, und *Revue méd. pharm.* Mai 1891.

Angebliche Lepra bei niederen Tieren.

Der Herausgeber des Journals bemerkt hierzu, dafs bei den mitgeteilten Fällen von Lepra bei Mäusen, Schweinen, Hühnern, Putern, Enten etc. es sich wahrscheinlich um Tuberkulose gehandelt haben werde. Den Daublerschen Mitteilungen gegenüber verhält er sich sehr skeptisch, ebenso betreffs dessen Berichten von der Übertragung der Lepra durch Impfen. Fayrer berichtet, dafs er in Indien auch Enten ohne Füfse habe herumhumpeln sehen; die Glieder waren einfach infolge zu festen Zusammenschnürens, als die Tiere auf den Markt gebracht wurden, abgestorben. R. K. Guld hat aus Südafrika die Bälge einiger, angeblich lepröser, Enten zur Untersuchung eingeschickt. Im getrockneten Zustand war auch bei der mikroskopischen Untersuchung nichts Lepröses zu konstatieren.

b. *Tuberkulose.*

Behandlung des Lupus, von Tinzi. (*Med. chir. Rundschau.* 1892. Heft 21.) Verfasser hat ein 12jähriges Mädchen mit tiefen buckeligen Geschwüren an Armen und Beinen (näheres zur Stützung der Diagnose „Lupus" bringt die Mitteilung nicht) von chlorotischem Aussehen mit Mattonis Moorsalzbädern, Syr. ferr. jodat., Pyoktanin und Jodtinktur geheilt. *F. Hahn-Bremen.*

Lysol gegen Lupus, von Leslie Philipps. (*Brit. med. Journ.* 12. September 1891. Nach Entfernung der Krusten wird das auf etwas um eine Sonde gewickelte Watte gestrichene und angetrocknete Lysol auf die Fläche täglich oder seltener appliziert. Eine zu häufige Anwendung ist wegen der sich bildenden Hautkruste und Einrisse nicht ratsam. Rötung und geringes Ödem folgt gewöhnlich der Anwendung des Lysols unmittelbar. Nach einigen Tagen ist die Narbe glatt, weich, nahezu wie die gesunde Haut gefärbt. Der Schmerz ist anfangs heftig, schwindet aber nach 2—3 Stunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung des Lupus und der chirurgischen Formen der Tuberkulose mit Tuberkulin-Koch, von Lodovico Corazza und Tullio Meneghelli. (*Rivist. veneta* No. I. 1892.) Die Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Die Lungenkranken zeigen stets örtliche und allgemeine Reaktion; die günstige Wirkung ist der Heftigkeit derselben proportional und nach den ersten Injektionen am deutlichsten. In keinem Falle vollständige Heilung nach Tuberkulin allein, aber doch in einigen stabile Veränderungen, wie sie mit anderen Mitteln nicht erreicht waren. Die Erfolge bei chirurgischen, tuberkulösen Formen (Gonitis) sind sehr gering. — Albuminurie und andere krankhafte Erscheinungen finden sich in seltenen Fällen nach der Tuberkulinanwendung, meistens bessern sich aber Appetit und Allgemeinbefinden. — Unentschieden ist die diagnostische Bedeutung bei tuberkulösen Drüsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorläufige Mitteilung über eine kombinierte Tuberkulin-Tuberkulocidinbehandlung, von C. Spengler (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 14.) Um die entzündungerregende Wirkung des Tuberkulins bei der Anwendung des Tuberkulocidins nicht ganz zu entbehren, hat Verfasser minimale Mengen des ersteren, $^1/_{50}$—$^1/_{100}$ mg, dem letzteren hinzugefügt und dadurch bei drei Fällen von Lungentuberkulose und einem Fall von Lupus gute Erfolge erzielt. Nekrose der Tuberkelelemente und Abtötung der Tuberkelbacillen soll durch die Kombination erreicht werden ohne jede Gefahr. — Man wird auf Grund von gröfserem Material die Bestätigung der aufserordentlich optimistischen Anschauungen des Verfassers abwarten müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hauttuberkulose. Heilung. In der Folge Eingeweidetuberkulose. Erkrankung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen. Nephritis, von Granchee.

(*L'union médicale.* 12. Dezember 1891.) Der Titel giebt den Verlauf der Krankheit bei einem 7jährigen Knaben wieder. Der tuberkulöse Charakter des initialen vesicopustulösen Exanthems im Gesicht wurde durch Impfung von Meerschweinchen bewiesen; sonst wäre er vielleicht nicht ganz sicher, da er unter Borvaselin anstandslos heilte. — Die Nephritis glaubt Verfasser als eine durch die Wirkung der Toxica bedingte auffassen zu müssen, da er dieselbe Nephritis beim Kaninchen gefunden hat, die er durch Injektion einer sehr kleinen Menge von Bacillen gegen die Tuberkulose mit Erfolg geimpft haben will. Eine analoge „Impfung" würde also bei dem Kinde anzunehmen sein im Gefolge der Hauttuberkulose. — Die Krankengeschichte wie die daran geknüpfte Hypothese sind mir nicht ganz klar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c. *Syphilis.*

Morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen, von J. H. Rille-Wien. (Autorreferat.) Vortrag, gehalten auf dem II. internationalen Dermatologen-Kongrefs in Wien. Vortragender berichtet über vor zwei Jahren auf weil. Prof. E. Lipps Klinik (Graz) in Angriff genommene und seither in Wien an Herrn Prof. Neumanns Klinik fortgeführte Untersuchungen. — Im Anfangsstadium der Syphilis bei alleinigem Vorhandensein des Initialaffektes finden sich im allgemeinen keine Veränderungen der morphologischen Bestandteile des Blutes. Erst mit dem Auftreten des Exanthems, der allgemeinen Lymphdrüsenschwellung ist sichtliche Zunahme der leukocytären Elemente zu konstatieren, und zwar:

1. Zunahme der sogenannten Lymphocyten, und zwar beider Varietäten.
2. Zunahme der eosinophilen Zellen, namentlich beim papulösen Exanthem. Ihre Anzahl geht parallel mit der Zahl und Ausbreitung der Efflorescenzen.
3. Beträchtliche Zunahme der sogenannten Übergangsformen und der grofsen mononukleären Leukocyten.
4. Nicht konstant und nur bei sehr blassen weiblichen Individuen fanden sich die sogenannten Myeloplaxen oder Markzellen im Sinne von Cornil und H. F. Müller.

Mit der Abnahme der Krankheitserscheinungen, resp. im Verlaufe der antiluetischen Medikationen nähern sich die Prozentverhältnisse der Leukocytenformen wiederum der Norm. Ganz entsprechend sind die Verhältnisse bei den Recidiven des sekundären Stadiums der Syphilis. Bezüglich der tertiären Syphilis können die Angaben nur mit Reserve gemacht werden, einmal wegen der verhältnismäfsig geringen Zahl der untersuchten Fälle, wie auch wegen der Vielgestaltigkeit, die diese Periode des luetischen Krankheitsprozesses auszeichnet. Bei multiplen Hautgummen erscheinen namentlich die mononukleären Zellen und die Übergangsformen vermehrt. Loos in Graz fand bei Syphilis neonatorum konstant kernhaltige rote Blutkörperchen, was Redner bestätigen kann, doch sah er sie niemals im Blute von erwachsenen Syphiliskranken.

Bei Hautkrankheiten stehen die eosinophilen Zellen entschieden im Vordergrunde des Interesses — Verhältnisse, auf die zuerst von Neusser und Loos hingedeutet wurde. Es giebt Hauterkrankungen, bei denen die Vermehrung dieser Elemente die denkbar höchsten Grade erreicht, wie sonst bei gar keinem pathologischen Zustande, auch nicht bei der Leukämie. Die hier in Frage kommenden Affektionen sind in erster Linie das Ekzem, der Pemphigus und die Prurigo. Je ausgebreiteter die Hautaffektion, um so gröfser die Anzahl der eosinophilen Zellen (Eczema universale, Pemphigus foliaceus, Prurigo agria). Bei einer grofsen Zahl anderer Hautkrankheiten waren die Resultate keine konstanten. In einigen Fällen von Psoriasis fand sich namhafte Vermehrung der in Rede stehenden Zellen, bei

anderen wiederum trotz ziemlich ausgebreiteter Erkrankung eine der Norm entsprechende Menge. Sehr wechselnd waren auch die Resultate bei Lupus vulgaris. Bemerkenswert ist die nach Tuberkulininjektionen aufgetretene Vermehrung der eosinophilen Zellen, wo sie vorher nicht zu konstatieren gewesen. Offenbar handelt es sich hier um aus dem erkrankten Gewebe in die Blutbahn geschleuderte eosinophile Zellen; dafs solche in Lupusknötchen vorkommen, wurde ja im Vorjahre von Jadassohn mitgeteilt. Was die akuten Exantheme betrifft, so fand R. bei einer Anzahl von Variolafällen im Stadium der Suppuration leichte Vermehrung der mono- und polynukleären Zellen, sowie Vermehrung der Lymphocyten; bei zwei Fällen von Purpura variolosa zahlreiche, kernhaltige, rote Blutkörperchen von normoblastischem Typus, weiter zahlreiche mononukleäre Formen und Myeloplaxen. Bei einigen zwanzig Masernfällen fanden sich teils leichte Vermehrung der eosinophilen Zellen nebst starker Beteiligung der Lymphocyten, teils auch völlig normale Verhältnisse. Von drei Scarlatinafällen ergaben zwei kaum eine Abweichung von der Norm, in einem dritten, ein kleines Kind betreffenden, tödlich verlaufenen Falle bestand starke Vermehrung der eosinophilen Zellen. Konstant war in zahlreichen Fällen von Erysipel die hochgradige Vermehrung der polynukleären Zellen, die nahezu gleichzeitig mit dem Temperaturabfalle und dem Hautprozesse schwand.

Was folgt nun aus diesen Befunden, und wie kann man dieselben erklären? Zu diesem Zwecke teilt R. seine Befunde in drei Gruppen: 1. die ganz isoliert stehende polynukleäre Leukocytose beim Erysipel, 2. die Eosinophilie der chronischen Dermatosen und 3. die Ergebnisse bei Syphilis. Was zunächst die Erysipelleukocytose anlangt, so stellt sie eine Form der sogenannten entzündlichen Leukocytose dar, wie sie mehrfach für Pneumomie, Peritonitis u. s. w. angenommen wird. Sie kann auf zweifache Weise erklärt werden. Entweder ist es der durch das Krankheitsvirus gesetzte Reiz, welcher primär die Vermehrung der genannten Elemente bewirkt, oder aber man nimmt mit Ioas an, dafs der Entzündungsreiz nicht das Primäre ist, sondern dafs zunächst unter Mitwirkung der Chemotaxis die Emigration der weifsen Blutzellen in das kranke Gewebe und erst im Anschlusse daran, als ein Ausdruck der Regeneration, eine vermehrte Produktion von Leukocyten zu stande kommt. Was ferner die hochgradige Vermehrung der eosinophilen Zellen bei chronischen Dermatosen betrifft, so ist sie eine so eklatante, dafs man wohl nicht anders kann, als sie in direkte Beziehung zum Hautprozesse zu setzen. Vortragender ist daher der Meinung, dafs die besagten Zellen nicht blofs, wie Ehrlich postuliert, im Knöchenmark, sondern auch in der Haut entstehen, und verweist diesbezüglich auf die Ansichten von Kodis über die Genese der Wanderzellen in der Haut des Froschlarvenschwanzes. Bezüglich der Verhältnisse bei der Syphilis wirken wohl mehrere Faktoren zusammen: die Entstehung der eosinophilen Zellen dürfte zum grofsen Teile die eben angedeutete sein, während die übrigen Befunde sich unschwer teils aus der Lymphdrüsenreizung, teils aus der allgemeinen Ernährungsstörung des Organismus ergeben.

Über tertiär syphilitische subkutane Lymphome, von Dr. Busch. (*Wien. med. Presse* 1891). Ein 30jähriger Araber hat eine buchweizengrofse Geschwulst am Unterkiefer, nach vorn bis zum Schlüsselbein und hinten bis zum Nacken zahlreiche Lymphdrüsen fühlbar. Die Haut über der 19 Monate bestehenden Geschwulst war durch Atzmittel zerstört. Patient war vor 14 Jahren als passiver Päderast infiziert. Besserung nach Quecksilber und Jodkalium. — Dann entstehen: linksseitiger Exophthalmus, Facialislähmung, Sprachstörung, nächtliche Kopfschmerzen, kurz: alle Zeichen eines in der linken Fossa Sylvii gelegenen syphilitischen Tumors. Durch entsprechende Behandlung wieder Besserung. — Verfasser berichtet, dafs in Syrien die Hauterkrankungen bei der Syphilis sehr selten sind, Rachensymptome dagegen fehlen fast

nie. Syphilis des Centralnervensystems ist häufig, vielleicht infolge zu früher und zu forcierter Anwendung von Quecksilber. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorschläge zur Behandlung der Syphilis im Anfangsstadium, von A. Eichler. (*Med. News.* 20. Aug. 1892.) Auf Grund einer allerdings erst zweijährigen Erfahrung bei 15 Patienten mit initialer Syphilis empfiehlt E. aufs wärmste die Verwendung täglicher Injektionen von Sublimat nach der Bartholowschen Formel mit Wasser und Glycerin zu 0,005 des Salzes pro die. Er giebt beim ersten Auftreten von sekundären Erscheinungen einen Turnus von 12 Injektionen, setzt dann 8 Tage aus, fährt alsdann mit dem zweiten Turnus von 12 Injektionen fort, und nach abermaliger achttägiger Pause giebt er einen dritten. Bei Verwendung von feinen, etwa zwei Zoll langen Nadeln, Ätherisierung der betreffenden Hautpartie, tiefem Einspritzen in die Muskelsubstanz, Sorge für Reinhaltung des Mundes etc. waren die Resultate in jeder Beziehung zufriedenstellend und empfehlen die Methode, namentlich für die Privatpraxis sehr. *Philippi-Nieheim.*

Für eine **Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft** tritt Augagneur sehr entschieden ein. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 471.) Er ist ein lebhafter Befürworter namentlich der örtlichen Behandlung der Kondylome. Wenn eine völlige Heilung auch erst nach der Entbindung erfolgen kann, so ist es doch immerhin eine dankbare Aufgabe, die weitere Ausdehnung der Kondylome zu verhindern, ihre Absonderung zu beschränken u. s. w. Zu diesem Zweck empfiehlt A. die Anwendung eines Puders, der aus 10 Teilen Borsäure und 20 Teilen Talcum besteht. *Türkheim-Hamburg.*

Über syphilitische Augenerkrankungen, von Galezowski. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 387.) Verfasser hält Quecksilber-Einreibungen für das beste Mittel bei Syphilis. Ihre Wirkung bei Chorioiditis syphilitica ist allen anderen Mitteln überlegen. — Die disseminierten Atrophien der Chorioidea in der Gegend der Ora serrata sind nach G. bei einfachen Atrophien der Papille infolge von Syphilis oder Tabes viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. — In 80% der Augenerkrankungen bei Tabes ist nach G. Syphilis die Ursache, und die Krankheit infolgedessen heilbar. Die chorioidealen Atrophien im Gebiete der Ora serrata lassen keinen Zweifel über die Natur des Leidens. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilis und Scharlach, von J. H. Heaney. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1892. Ein bemerkenswerter Fall: Ein 22jähriger Mann erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Halsschmerzen und Ausschlag von scharlachartiger Beschaffenheit am Halse, dem Rumpfe und den Extremitäten. Temperatur 40°. Patient war kürzlich wegen Gonorrhoe in anderweitiger Behandlung gewesen, und bei der weiteren Untersuchung fand sich eine kleine Narbe an der Vorhaut. — Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose der Syphilis. *Philippi-Nieheim.*

Über die Anwendung der Quecksilbereinreibungen bei der Behandlung der Syphilis, von Prof. Fournier. (*L'union médicale.* No. 60. 1891.) Verfasser verwendet bei leichten Fällen von Syphilis Quecksilber intern, sonst in Inunktionen oder Injektionen, welche auch bei Störungen der Verdauung, bei Kindern und bei gleichzeitiger Darreichung von Jodkalium vorzuziehen sind. Jede den Körper schwächende Maßnahme, so das in Aachen übliche Schwitzen, sollen bei den Inunktionen vermieden werden. Duschen und Seebäder wendet F. dagegen gerne an; die Anwendung der Hydrotherapie ist sogar unerläßlich bei der syphilitischen Epilepsie. Zu der Salbe wird Axungia porci genommen; Lanolin ist auch gut, aber theurer. Seife

erfordert längere Zeit zur Verreibung. Die Dosis ist gewöhnlich 4,0, bei Frauen weniger, bei Kindern 2—3,0; in dringenden Fällen (Gehirnsyphilis) auch 10—12,0. Noch gröfsere Dosen werden bei gleichzeitiger Verabreichung von Mineralwässern vertragen, indem ein Theil des Hg in unlösliches Schwefelquecksilber übergeführt wird. Die Einreibungen werden abends an möglichst wenig behaarten Teilen vorgenommen; F. bevorzugt die obere Thoraxhälfte. Das Einreiben erfordert bei 4,0 ¼, bei 8,0 ½ Stunde. Nach dem Einreiben werden die betreffenden Stellen mit einem in warmes Wasser getauchten Leinentuch bewickelt und Watte, oder besser Taffet herübergelegt; Befestigung mit einer Binde. Nach acht Tagen werden die Salbenreste mit Seife und Wasser entfernt, die Haut gepudert. Alle 2—3 Tage ein Bad. Im allgemeinen soll eine Kur 3—4 Wochen dauern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die energische chirurgische Intervention bei den ulcerierten Gummiknoten, von JAKOBS. (*Ann. et Bull. de la soc. de méd. d'Anvers.* Juli-August 1891.) Bei einem Patienten mit zahlreichen Haut- und Knochengummaten am linken Bein, vielen Fisteln und einem tiefen Geschwür wurde die Ausschabung ausgeführt und so Heilung unter gleichzeitiger Darreichung von 4,0—6,0 Jodkalium und 0,01 Hydrargyrum jodatum erzielt, während frühere spezifische Behandlung nichts genutzt hatte. Ein Geschwür auf dem rechten Bein, das zuerst nicht chirurgisch behandelt war, ebenso wie ein kleines Hautgumma heilten trotz der internen Medikationen auch nicht früher, als bis sie chirurgisch in Angriff genommen wurden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis der Nase. Demonstration im Verein für innere Medizin in Berlin, von TREIZEL. 7. Dezember 1891. (*Deutsche Med.-Ztg.* No. 100. 1891.) T. zeigt die schrecklichen Zerstörungen, die die Syphilis in der Nase anrichten kann: Von der äufseren Nase fast nichts vorhanden; der Knorpel der äufseren Nase und des Septums fehlen; ebenso die unteren Muscheln. Im Septum eine Perforation, ebenso im vorderen Theile des Antrum ein Loch in der Gröfse eines Pfennigs. Im rechten Sinus der Stirnhöhle ein Sequester, in käsigen Eiter gebettet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von hereditärer Syphilis, von HASLEA. (*Medical News.* 25. Juni 1892.) Verfasser beschreibt ein hereditär syphilitisches Mädchen, dessen Vater an tertiärer Lues (Hirnsymptome) gestorben, und dessen Mutter auch luetisch war. Im Alter von 12 Jahren zeigte sie Symptome von sekundärer Syphilis und wurde behandelt. Zwei Jahre später kam sie wieder, ganz blind, nur Lichtempfindung war noch vorhanden; beide Corneae waren milchweifs getrübt. Zwei Jahre allgemeiner Behandlung mit Jodquecksilber und heifsen Bädern führten zur vollkommenen Herstellung des Sehvermögens; lokal war nichts an den Augen gemacht worden. *F. Hahn-Bremen.*

d. *Malleus.*

Über die Bedeutung des Mallein bei der präventiv-diagnostischen und therapeutischen Behandlung der Rotzkranken. Vorläufige Mitteilung von A. BONOME und M. VIVALDI (*La riforma medica.* No. 168. 1892). Mallein ist ein dem Tuberkulin analoges Produkt aus den Rotzbacillenkulturen. Die Wirkung ist bei den verschiedenen Tieren keine gleiche; Meerschweinchen z. B. vertragen grofse Mengen. Lokal entsteht eine Verdichtung des Gewebes. — Infizierte Tiere werden durch Mallein zum Teil gebessert, bei anderen beschleunigt es sogar das Ende. — Infizierte Pferde zeigen nach Injektionen eine fieberhafte, nach einigen Stunden eintretende Reaktion. — Immunität vermag die Einführung in refracta dosi nicht zu bewirken, jedoch modifiziert die vor der Infektion stattgefundene Behandlung mit Mallein bei Meerschweinchen, und besonders bei Ratten, das Krankheitsbild. Das

den Ratten in refracta dosi, in kurzen Pausen zugeführte Mallein bewirkt regressive Veränderungen im Blute, Zerfall der roten Blutkörperchen, Herabsetzung der Gerinnbarkeit etc. — Rotzkranke Meerschweinchen reagieren heftig auf geringe Dosen von Mallein, gesunde vertragen, wie erwähnt, grofse Mengen. Das Verhalten entspricht ihrem Verhalten gegenüber dem Tuberkulin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zur Geschichte der Krätze, eine Plauderei von Cabanès. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 411.) In geistreicher Weise schildert uns Cabanès den langen Weg, den die Wissenschaft zurückgelegt hat, um zu einer Erkenntnis des wahren Wesens der Krätze zu gelangen. Die humoral-pathologischen Anschauungen eines Galen und eines Avicenna hatte man freilich schon lange verlassen und vermutete die parasitäre Natur der Krankheit. Aber erst nach vielen Irrtümern und Verwechslungen gelang es, des richtigen Schuldigen habhaft zu werden, die Krätzmilbe zu erkennen. Am 13. August 1834 zeigte sie ein korsischer Student in der Klinik von Alibert. Derselbe hatte seine Kunst, sie einzufangen, von Schäfern in seiner Heimat gelernt. Damit war eine raschere Heilung der Krankheit ermöglicht und gleichzeitig auch den unsinnigsten Theorien der Boden entzogen. Erblickten doch angesehene Ärzte in der Scabies einen Antagonisten der Lungenschwindsucht und der Epilepsie und behaupteten die eine durch die andere heilen zu können! Mufste doch Napoleon I., als er nach dem ägyptischen Feldzug Magenbeschwerden empfand, das Hemd eines Krätzkranken anziehen, um einen ehemaligen Ausschlag, den man gleichfalls für skabiös hielt, wieder hervorzurufen und so eine Ablenkung auf die Haut hervorzuzaubern!

Insofern hat Verfasser recht, wenn er zum Schlufs seiner fesselnden Abhandlung über die Fortschritte, die wir in der Erkenntnis dieser Krankheit gemacht haben, in freudige Stimmung gerät. Nur schade, dafs die Geschichte der Medizin nicht allzuviele so ruhmreiche Kapitel aufzuweisen hat! *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von Pusteln im Schlund, Rachen, Nase und Kehlkopf von Audubert. (Referiert in *Journ. de mal. cut. et syph.* 1892. S. 384.) Nach einer eingehenden Schilderung der Krankheitssymptome bei der 52jährigen Frau und einer erschöpfenden Besprechung der Differentialdiagnose kommt Verfasser zum Schlufs, dafs es sich in seinem Fall um einen infektiösen Prozefs mit Pusteln auf der Haut und den Schleimhäuten handelte. Die Pusteln waren nur von kurzer Dauer. Er schreibt ihr Zustandekommen körperlichen Entbehrungen zu. Die Behandlung erwies sich als erfolglos. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen seltenen Fall von universeller Scabies (Scabies norvegica) berichtet Oro Mario in *Gazzetta delle cliniche* (No. 21. 1892). Es handelte sich um einen 51jährigen Koch, dessen ganze Körperoberfläche (nach wiederholten Recidiven) von einem teils nässenden und krustösen, teils schuppenden Ekzeme befallen war. Der Fall bietet nun das Interessante, dafs nicht allein auf Rumpf und Extremitäten, sondern auch auf der Haut des ganzen Kopfes sehr zahlreiche Parasiten vorgefunden wurden. Wenn hier, so argumentiert Verfasser, die Krätzmilben als Ursache des Ekzems angesehen werden müssen, so wurde andererseits wiederum durch die Ausdehnung desselben, zumal bei dessen Übergreifen auf den Kopf, den Parasiten der Weg zur leichteren Verbreitung gebahnt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Ekzeme des Säuglings- und Kindesalters nebst besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und diätetischen Behandlung, von C. P. Russel. (*Med.*

News. 3. Sept. 1892.) Verfasser bespricht namentlich das Eczema pustulosum, vesiculosum und seborrhoicum, ohne aber etwas wesentlich Neues vorzubringen.

Philippi-Nichelm.

Über Eczema und Folliculitis des Vestibulum nasi von P. Tissier. (*Presse méd. belge.* No. 48. 1892). T. schlägt folgende Behandlung dieses äufserst hartnäckigen Leidens vor: Beseitigung des Grundleidens der Nasenschleimhaut, sehr kurzes Abscheren der Haare, Auflösen der Krusten und Borken mit lokalen Borsäurebädern und -Zerstäubungen oder mit Solveol (1 Kaffeelöffel pro Liter). Darauf Einführen abwechselnd in beide Nasenlöcher während 12 Stunden von Wattebäuschchen, welche imbibiert werden mit:

Vaselin	10,0
Jodoform	1,0

Heilen die Rhagaden unter dieser Behandlung nicht, so touchiert man sie vorteilhaft mit Kampfer-Naphtol oder Lapis. Bei langer Dauer der Affektion Teer- oder Ichthyolpräparate. Zur Therapie allfälliger Affektionen der äufseren Nasenbedeckung sollen sich Salben mit Bismuthum subnitricum mit oder ohne Zusatz von Zinkoxyd am besten eignen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Möllersche Glossitis superficialis, von Ludwig Hahn. (*Deutsche med. Ztg.* No. 65. 1892.) „Unregelmäfsige hochrote Flecke, Verdünnung des Epithels der hyperämischen und geschwollenen Papillen, Fehlen jeden krankhaften Sekretes, keine Ulceration, Sitz besonders an den Rändern und der Spitze" — das sind die Kennzeichen der mit unangenehmem Brennen und lebhaftem Schmerz einhergehenden Möllerschen Glossitis, die leider der Therapie sehr widersteht. Verfasser teilt einen charakteristischen Fall mit, bei dem er auch therapeutisch keine Lorbeeren erntete. Bemerkenswert ist, dafs die hauptsächlich affizierte Stelle dem Sitze von kariösen Zähnen entsprach, die also wohl die Veranlassung zu dem Reizzustand gegeben haben können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung des chronischen Ekzems mit Kreolin, empfiehlt Dr. Patteson. Er hat bei zwei Fällen pustulösem Ekzem der Kopfhaut sehr gute Erfolge gesehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen Komedonen empfiehlt Blondel:

Magist. Bismuth.	
Acid. boric. pulv.	ää 3,0
Rad. Ratanhae pulv.	1,0
Gummi tragac.	2,0

(*Rif. med.* No. 232. 1890.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vaccine-Blepharitis, von Erich Peiper. (*Centralbl f. klin. Med.* No. 37. 1891.) Durch zufällige Übertragung von Vaccine entstand am oberen und unteren Lidrand Schwellung und Rötung; in der Mitte des Wimpersaumes drei kleine, graue Bläschen von ca. 3—4 mm Durchmesser, die den Vaccinebläschen vollkommen gleichen. Heilung ohne Narben. Jedenfalls hat das Kind an dem Impfstich gekratzt und den Infektionsstoff dann auf die Augenlider gebracht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Trichorrhexis nodosa (vorläufige Mitteilung), von M. P. Ravenel. (*Med. News.* 29. Okt. 1892.) Verfasser, der selber seit fünf Jahren an dieser Affektion leidet, hat vor kurzem bemerkt, dafs sein Rasierpinsel, sowie seine Zahnbürste eine grofse Anzahl Haare mit den nämlichen pathologischen Veränderungen aufwiesen. Das Gleiche wurde auch an den Gerätschaften eines anderen an Trichorrhexis leidenden Patienten konstatiert. Verfasser nimmt eine parasitäre Entstehungsweise an und

bittet um Mitteilung etwaiger ähnlicher Beobachtungen. H. W. Stelwagon, der die Befunde bestätigt hat, nimmt Berichte entgegen (223 South, 17th Str., Philadelphia).

Philippi-Nieheim.

Eine Mucorgattung bei schwarzer Zunge, von Ciaglinski und Hewelke. (*Kronika Lek.* 11. 1892). Bei einem 24jährigen Weibe entstand akut (nach Influenza?) ein schwarzer Belag an der oberen Zungenfläche, bis an die Papillae circumvallatae. Der glatte, feuchte, leicht abhebbare Belag besteht mikroskopisch aus dicken, geraden Hyphen und runden Köpfchen mit schwarzen Sporen. Morphologisch steht dieser Pilz dem Mucor rhizopodiformis nahe, doch unterscheidet er sich von diesem durch schwarze Farbe der Sporen, ihre ovale Form und Entwickelung, in niederen Temperaturen (nicht über 27° C). Der Pilz ist für Kaninchen nicht pathogen. Der beschriebene Zungenbelag ist nach vier Tagen verschwunden.

Die Autoren unterscheiden:

1. eine chronische Form der schwarzen Zunge, Hyperkeratosis linguae (Brosin, Schenk, Finkler) und
2. eine akute Form, Nigrities mucorina linguae.

Funk-Warschau.

b. *der Cutis.*

Ichthyol gegen Gesichtserysipel, von S. J. Radcliffe. (*The therapeutic gazette* 16. Mai. 1892. *Allg. med. Centralztg.* 1892. 69.) Verfasser berichtet gute Erfolge von Ichthyol als Salbe bei Erysipelas. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Gesichtserysipels, von Ch. Talamon. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 380). T. benutzt eine 1%ige Lösung von Sublimat in Äther, die er mittelst eines Zerstäubers auf das Gesichtserysipel bringt. Eine ein bis zweimalige ausgiebige Anwendung dieses Mittels genügt schon in vielen Fällen. Andernfalls ist eine minder energische Fortsetzung angezeigt. In der Zwischenzeit wird das Gesicht mit Kompressen, die in Borsäurelösung getaucht sind, bedeckt. — Die weiteren, vom Verfasser empfohlenen Einzelheiten wolle man im Original nachlesen. *Türkheim-Hamburg.*

Gegen **Acne sebacea** empfehlen Barthélemy und Jacques (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 470) folgende Salbe:

Dermatol.	2,0
Zinc. oxyd.	5,0
Talc.	10,0
Vaselin.	20,0
Lanolin	10,0.

Jeden Abend beim Schlafengehen anzuwenden. Aufserdem hat sich der Kranke morgens und abends erst mit grüner Seife, darauf mit irgend einer antiseptischen Lösung zu waschen, zweimal wöchentlich ein Schwefelbad zu nehmen und für regelmäfsige Öffnung zu sorgen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die verschiedenen Formen der Lymphangitis, insbesondere über die ampulläre Lymphangitis, von Morel-Lavallée. (*L'union médicale*, 1. Oktober 1891.

1. Es giebt eine Form der partiellen Lymphangitis mit kettenförmig angeordneten Erweiterungen, zwischen denen nicht immer der Lymphgefäfsstrang fühlbar ist. Verfasser nennt dieses Leiden ampulläre Lymphangitis.

2. Mannigfache Veränderungen und Entzündungen der Lymphwege hindern nicht ihre Durchgängigkeit, was für die Weiterverschleppung des infizierenden Agens wie für die Fortleitung heilender Substanzen wichtig ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Erythema nodosum palustre, von MONCORVO. (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.* Juni 1892.) Verfasser berichtet über 4 Fälle von Erythema nodosum bei Kindern im Verlaufe von Malaria. Die Efflorescenzen waren mit denen identisch, die man unter anderen Verhältnissen (Rheumatismus) zu finden pflegt, nur hielten sie sich nicht auf die bekannten Prädilektionsstellen beschränkt, sondern traten auch auf Gesicht, Wadengegend und Oberschenkeln auf. Die Affektion kam, soweit die bisherigen Beobachtungen (26 Fälle) reichen, nur im Kindesalter vor; ein einziges Mal wiederholte sie sich, nachdem sie sich im 7. Jahre zum ersten Mal gezeigt, im 17. nochmals. Entsprechend der Natur der Grundaffektion ist Chinin das souveräne Mittel gegen dieselbe. *C. Müller-Freihurg (Schweis).*

Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen, von Dr. ZEHENDER. (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1892. No. 40). Wenn nach Ausräumung der Bubonen die Jodoformgazetamponade überflüssig geworden ist, soll, um ein Auseinanderweichen der Wundränder nach der Naht zu vermeiden, dieselbe folgendermafsen angelegt werden: Fortlaufende Catgutnaht der Wunde mit Öffnung für Drain- oder Jodoformgazestreifen; dann Zusammennähen von zwei Falten der Haut, die beiderseits an der Wunde erhoben werden. Die Faltennaht, aus Knopf und Matratzennähten bestehend, überlagert die Catgutnaht. Die Hüfte mufs eventuell gebeugt gehalten werden. Die Heilung wird dadurch um mehrere Wochen abgekürzt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Arthritis suppurativa des Knies im Verlaufe einer Gesichtsrose von GAILLARD. (*Société médicale des hôpitaux.* 17. Juni 92. *Allg. med. Ctrlztg.* 1892. No. 71). Sehr mildes Gesichtserysipel, am sechsten Tage Schmerz im Kniegelenk, Allgemeinerscheinungen, am zwölften Tage Tod. Bei der Autopsie im Knie Eiter, der sich bis zur Hüfte gesenkt hatte; Veränderungen in Lunge, Leber, Nieren; sehr wenige Streptokokken, sehr viele Staphylokokken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung, von Dr. GUIDO BELL. (*Memorabilien* 36. No. 7. *Allg. med. Centralzeit.* 1892. No. 77.) Jede Verschwärung, jede Eiterung ist nach Verfasser durch Mikrobien bedingt und mufs dementsprechend behandelt werden. Als eine diesem Gesichtspunkte genügende Behandlung bezeichnet der Verfasser das Bestreuen der Wunde mit Pepsin, „um die Mikrobien ihres Nährbodens zu berauben", und in anderen Fällen, „um die Vitabilität des Gewebes zu heben", Kreosot resp. Jodkalium innerlich und Ätzungen mit konzentrierten antiseptischen Flüssigkeiten. Zur Prophylaxe der infolge von langdauernden Eiterungen häufig auftretenden Lungenschwindsucht (?) soll Kreosot gereicht werden; ebenso bei tiefliegenden Eiterungen, z. B. Psoasabscessen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologische Beobachtungen über Furunkel des äusseren Gehörganges, von MAGGIORA et GRADENIGO. (*Ann. Pasteur T. V.* 1891, p. 651. *Fortschritte der Medizin* 1892. No. 19.) In einem Furunkel des äufseren Gehörganges fanden die Verfasser neben Staphylococcus pyogenes albus den Bacillus pyocyaneus, der auch für weifse Ratten und Mäuse pathogen sein soll. In alten Kulturen und nach vielfachen Abimpfungen sahen sie deutliche Abschwächung der Virulenz.

Jessner-Königsberg i. Pr.

„Barber's itch", von W. S. GOTTHEIL. (*Med. News.* 24. Sept. 1892. „Barber's itch" ist ein unaccurater, laienhafter Ausdruck, unter dem eigentlich alle Hauterkrankungen im Bereiche der Barthaare zusammengefafst werden. Als die gewöhnlichsten Affektionen, um die es sich hierbei wirklich handelt, bespricht Verfasser das Ekzem, die Perifolliculitis barbae (oder Sycosis coccogenes und Trychophytosis barbae oder

Sycosis hyphogenes). Den Gebrauch derBezeichnung Sycosis verwirft er (mit Recht), da dieselbe von verschiedenen Autoren in verschiedenem Sinne gebraucht wird. Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der verschiedenen Affektionen werden eingehend besprochen, ohne aber dafs etwas eigentlich Neues beigebracht wird.

Philippi-Nieheim.

Zur Ätiologie akuter Zellgewebsentzündungen, eine Karbunkel-Hautepidemie durch Infektion mit tierischem Sekret, von Prof. Dr. Brunner. (*Wien. kl. Woch.* 1891. No. 20. 21). In einem Hause sah Verfasser vier Fälle von Karbunkel infolge von Infektion am Euter einer Ziege; ein Fall endete tödlich. Im Eiter und Blut war ausschliefslich Staphylococcus pyogenes aureus und albus zu finden; es sind also zu progredienten Eiterungen die Streptokokken nicht durchaus nötig. — Eine grofse Anzahl von Furunkeln im Gesicht hat den Verfasser gleichzeitig veranlafst, die Puderquasten aus den Rasierstuben bakteriologisch zu untersuchen; er fand massenhaft Staphylokokken; die Notwendigkeit prophylaktischer Mafsnahmen in den Rasierstuben ergiebt sich von selbst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Acne keloidea (Bazin); klinische, anatomo-pathologische und bakteriologische Studie, von G. Mellé. (*Giorn. ital. del mal. ven. e de pelle.* Fasc. III. 1892.) Verfasser behandelt den Gegenstand unter Zugrundelegung von sechs Krankengeschichten eigner Beobachtung. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab eine den wahren Keloiden analoge Struktur. In den ersten Stadien stellt die Affektion eine Perifolliculitis resp. Perivasculitis vor, welche zu einer Zerstörung der Talgdrüse führt, während der Haarfollikel selbst intakt oder doch erst spät ergriffen wird. Die Forschung nach Mikroorganismen ergab sowohl mikroskopisch als bakteriologisch ein negatives Resultat, und mufs die Ursache der Affektion auf äufsere mechanische und kontinuierliche Reize zurückgeführt werden. Die einzig richtige und vor Recidiven schützende Therapie ist die chirurgische, bestehend in Auskratzung der Tumoren unter Kokainanästhesie. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Das Papillom der Petroleum-Raffineure, von Leon Derville und Guermonprez. (*Journ. des sciences médic. de Lille.* 1892. IV. *Deutsch. Med.-Zeitg.* 1892. 70.) Die im Rohpetroleum enthaltenen reizenden Stoffe, die zur Reinigung verwendeten Alkalien, die hohen Temperaturen bewirken bei den in der Petroleumraffinerie beschäftigten Arbeitern warzige, papillomatöse Wucherungen, ausgehend stets von Haarbälgen. Zuerst grau gefärbte Erhebung an einem Haarfollikel, allmählich bis zur Gröfse einer halben Kastanie wachsend und sich schwarz färbend. Das Haar verkümmert. Zu eigentlichen Papillomen kommt es nur bei einigen Follikeln. Um die punktförmigen schwarzen Follikel bildet sich unter Ausfallen des hornigen Centrums ein glatter Tumor, der sekundär rauh und zerklüftet wird. Durch fettige Degeneration der centralen Teile zeigen einzelne eine Pseudofluktuation. Neigung zu örtlichen Recidiven ist vorhanden. In der Tiefe häufig Epithelperlen, in allen Teilen entzündliche Veränderungen nachweisbar. Die Tumoren ähneln den Epithelkankroiden. Durch Einreibung mit Rückständen der Petroleumdestillationen konnten die Veränderungen bei Tieren nicht erzeugt werden, ebensowenig durch Impfung mit Geschwulstteilen. — Verfasser beobachteten 4 Fälle; hygienische Mafsregeln wirken prophylaktisch und therapeutisch. Häufige Bäder und grüne Seife sind zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Krebsparasiten, von P. Foà. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1892. No. 6.) Nach einem Überblick über die in der Litteratur enthaltenen Angaben über Krebsparasiten teilt Verfasser mit, dafs er in den krebsigen Epithelzellen Körper gesehen hat, welche sich gut mit Hämatoxylin färben und verschiedene Konfiguration und Gröfse darbieten. Bei demselben Krebse kann man die Entwickelung von coccidienförmigen Gebilden bis zu gröfseren, differenzierten Körpern von bläschenartigem oder cystischem Aussehen finden, die einen unregelmäfsigen Kern enthalten und deren Protoplasma regelmäfsige Segmentationen zeigen. Oder die Körper können körnigen, mit Hämatoxylin intensiv gefärbten Inhalt haben, sich vergröfsern; eine Lockerung der Körnchen tritt ein und dann sieht man im Centrum, ein oder mehrere, sich schwach orangegelb färbende Körperchen. Mit Leukocyten sind diese Gebilde nicht zu verwechseln, Abbildungen veranschaulichen die geschilderten Körperchen, von denen F. glaubt annehmen zu können, dafs sie in einem Kausalverhältnis zur Entwickelung des Krebses stehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lymphangiome der Mundhöhle, von C. O. Samter. (*Arch. f. klin. Chirurg. Bd.* 39, *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892. 20.) Von fünf Lymphangiomen der Mundhöhle sind drei teleangiektatisch-kavernöser, eins cystischer Natur, eins war eine Makroglossie. Vier von den Fällen waren angeboren oder in den ersten Lebensmonaten entstanden und beruhten wahrscheinlich auf abnormer embryonaler Anlage von Lymphdrüsengewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kindskopfgrofses Lipom am Vorderarme mit Reflexepilepsie, von Nicolaus Vucetic. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1890. *No.* 45. *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892. *No.* 20.) Ein 13jähriger Knabe hatte seit seinem 6. Lebensjahre eine anfangs haselnufsgrofse Geschwulst an der Beugeseite des linken Vorderarmes, entsprechend dem Handgelenk. Dieselbe wuchs, besonders nach einem leichten Trauma, bis zu Kindskopfgröfse. In jüngster Zeit epileptische Krampfanfälle, die er selbst als von der Geschwulst ausgehend bezeichnete. Exstirpation des tiefgehenden Lipoms. Heilung und Fortbleiben der epileptischen Insulte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kleinzelliges Sarkom am rechten Vorderarm, von Léon Derville und Guermonprez. (*Journal des sciences méd. de Lille* 1890. *No.* 4. *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1890. *No.* 20.) Aus einem naevus pigmentosus entwickelte sich bei einer 33 Jahre alten Dame am rechten Vorderarm ein kleinzelliges Hautsarkom mit grofser Schnelligkeit. Trotz Operation Recidiv und Generalisation. Tod. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein enormes Fibromyom des Labium majus, von Kindskopfgröfse, das bis zum unteren Drittel des Unterschenkels herabhing, entfernte Dr. Polaillon mit Erfolg. Ein Fortsatz ging von dem Tumor in den Leistenkanal, weshalb eine Eröffnung der Peritonealhöhle nötig wurde. (*L'Union méd.* 1891. *No.* 124. *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892. *No.* 20.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Carcinomatosis cutis multiplex aus der Klinik des Professors Kaposi. (*Wien. med. Bl.* 1891. *No.* 30. *Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892. *No.* 20.) Die 57 Jahre alte Patientin zeigt auf der Haut zahlreiche, über das Niveau erhabene, derbe, dunkelrote, mit schilfernder Epidermis bedeckte, schmerzlose Knoten, zum Teil im Centrum zerfallend, zum Teil eiterig einschmelzend. Am Unterschenkel, Armen und Gesicht treten von einem roten Hof umgebene, bis bohnengrofse Pusteln auf, die sich nach einiger Zeit in Knoten umwandeln. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Carcinom. — Die Knoten und Pusteln involvieren sich unter Hinterlassung von Pigmentringen. Gebessert entlassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Anwendung des Methylvioletts zum Verband carcinomatöser Ulcerationen, von Dr. Zilgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 1891. *No.* 21. *Deutsche Medic.-Ztg.* 1892. *No.* 20.) Methylviolett, 1 : 400, soll zu Umschlägen auf carcinomatöse Wunden gebraucht werden; die Lösung zersetzt sich leicht, mufs dabei in dunklen Flaschen gehalten und häufig erneuert werden. Flecke auf den Fingern des Arztes werden mit 25% Seifenspiritus entfernt. Die Umschläge wirken analgetisch und bessern die Beschaffenheit der Wunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von melanotischem Sarkom der Plica semilunaris Conjunctivae, von T. J. Meighan. (*Glasgow Med. J.* Oktob. 1892.) Der Tumor hatte bei dem 60jährigen Manne bereits 3—4 Jahre bestanden, nachdem etwa 10 Jahre früher dunkle Stellen auf den Augenlidern bemerkt worden waren. Die Operation (Ablösung mittelst Schere, Naht) war völlig erfolgreich; das Hauptinteresse hierbei beruht auf dem Auftreten eines pigmentierten Tumors an einer Stelle, wo normalerweise kein Pigment vorhanden ist. *Philippi-Niehoff.*

Fall von Melanosarkom des Augenlides, von Dr. Helfreich. (*Sitzung der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg* 1891. No. 7). Eine Patientin im 23. Lebensjahre wurde wegen Sarkomdegeneration eines angeborenen Naevus pigmentosus an den linken Augenlidern mit dunklerer linksseitiger Iris und Ptosis von 13 Jahren mit Aufpflanzung gestielter Lappen operiert. Sie ist jetzt noch gesund.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Sarkome der Augenlider, von Joseph Flack. (Inaugural-Dissertation. Königsberg i. Pr. 1892). Während das Auge und seine Umgebung eine Prädilectionsstelle für Sarkome sind, finden sich in der Litteratur nur 24 Fälle, in denen das Augenlid Sitz des primären Sarkomes war. Verfasser giebt die 24 Fälle wieder und fügt einen neuen, in der Königsberger Augenklinik beobachteten, tödlich endenden an. — Besonders disponiert ist das Kindesalter ($^1/_3$ der Fälle), demnächst das höhere Mannesalter; das obere Lid ist häufiger betroffen, als das untere. Ein Trauma wird oft als Ursache berichtet; ob es direkt die Geschwulst hervorruft oder nur begünstigend wirkt, ist schwer zu entscheiden. Der Ausgangspunkt ist meistens die Übergangsfalte und die Conjunctiva tarsi; die Haut des Lides fast nur sekundär ergriffen. Die Sarkome bestehen meist aus Rund- oder Spindelzellen, oder aus beiden gemischt; zweimal waren es Cylindrome; dreimal Myxosarkome, einmal Cystosarkome; sechs waren melanotische Sarkome. Letztere sind insofern also der primäre Sitz dieser Sarkome; die Conjunctiva ist frei von Pigment, während die Lidhaut, wie gesagt, nur sekundär ergriffen wird. — Besonders an der Conjunctiva sind die Sarkome anfangs häufig gestielt. Das Wachstum ist ein relativ schnelles, besonders wenn sie erst eine gewisse Gröfse erreicht haben; der Allgemeinzustand bleibt dabei gut, Schmerzen fehlen. Die Prognose ist sehr dubiös; Recidive sind aufserordentlich häufig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die parasitäre Theorie des Carcinoms von Prof. Th. Browicz. (IV. Versammlung polnischer Chirurgen in Krakau, Juli 1892. *Ärztl. Central-Anzeiger. Wien* 1892. No. 29). Nachdem der Vortragende die Arbeiten über den parasitären Ursprung der Carcinome einer Kritik unterzogen, giebt er die Resultate seiner eigenen gründlichen Untersuchungen. Vor allem fand er die sogenannten Plasmodien nicht in jedem Falle, und, wo sie vorhanden waren, waren sie an Zahl und Form sehr verschieden. In den jüngsten Zellen des Carcinoms, wie in den minimalen Metastasen fehlten die Gebilde. Weder in Bezug auf ihren Bau, noch in Bezug auf ihr Verhalten bei der Färbung zeigten sie irgend welchen bestimmten Typus.

Bei zahlreichen anderen pathologischen Vorgängen konnte Verfasser ähnliche

Formationen feststellen, so bei Rhinosklerom, tuberkulösen Lymphdrüsen, Sarkomen, er kommt daher zu dem Schlusse, dafs die als Protozoen betrachteten und beschriebenen Gebilde nur Degenerationsprodukte der Epithelkerne und der in Zellen eingeschlossenen Leukocyten sind. Auch das ganze übrige Verhalten der Carcinome spricht gegen die parasitäre Entstehung desselben. — Es ist diese Arbeit als Warnung gegen die auf Grund einiger mikroskopischer Präparate gezogenen voreiligen Schlüsse sehr willkommen zu heifsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Haemangiome von Dr. C. Krenn. (*Prag. med. Woch.* 1891. 12. *Deutsche Medizin.-Zeit.* 1892. No. 20). Von 63 behandelten Fällen starb nur einer, ein zwei Tage alter, mit Injektion von Liquor ferri sesquichlorati behandelt. Die Exstirpation mit dem Messer war am praktischsten und gab kosmetisch die besten Resultate; nur in zwei Fällen, bei Tumoren in der Parotisgegend, folgte eine dauernde Facialisparalyse. Nachbehandlung mit Jodoform und essigsaurer Thonerde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Protozoa und Carcinom, von S. Delépine. (*Brit. med. Journ.* 24. Sept. 1892.) Verfasser wendet sich gegen die von Ruffer und Sudakewitsch vertretene Ansicht von der Einwirkung von Parasiten bei der Entwickelung von Carcinom. Er hat eingehende Untersuchungen der Psorospermose bei Kaninchen angestellt, und im März 1890 beschrieb er einen Fall von ausgesprochenem Leberkrebs bei einer 49jährigen Frau, bei dem er Parasiten entdeckt zu haben meinte. Später ist er zu der Überzeugung gelangt, dafs er sich damals geirrt habe, und er ist der Ansicht, dafs die von R. und S. beschriebenen Gebilde, welche mit den von ihm selber beobachteten die gröfste Ähnlichkeit darbieten, nicht endgültig als Parasiten nachgewiesen worden sind.

Philippi-Nicheim.

Gestieltes Lipom am Gesäfs, von J. Reboul. (*Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892. S. 455.) Das operierte Lipom, das R. im ärztlichen Verein zu Marseille vorstellte, stammte von einer 30jährigen Frau. Es hatte vor 10 Jahren zu wachsen angefangen, und zwar auf einem Naevus congenitalis. Zur Zeit der Operation war es faustgrofs, gelappt und befestigte sich mit langem Stiel auf der linken Hinterbacke, dicht neben der Rima ani. Es war nur lästig, machte aber keine Schmerzen. Bemerkenswert ist, dafs die Frau auch noch andere Naevi hatte, dafs auch ihre Mutter damit behaftet war, während der Vater kleine Talgcysten aufwies. — In der hieran sich knüpfenden Besprechung bemerkt Perrin, dafs die gestielten Fettgeschwülste immer aus angeborenen Tumoren hervorgehen, dafs ihre Träger immer noch andere Muttermale und Angiome aufweisen, und dafs namentlich die asiatische Rasse damit behaftet ist. Zuweilen erreichen die Lipome ein beträchtliches Gewicht (bis zu 12 kg). In einem von ihm beobachteten Fall hatte das betreffende Individuum 250 kleine Fettgeschwülste am Körper; Taylor berichtet über einen Fall, wo 4500 Lipome bestanden. Boy-Teissier hat namentlich bei Juden sehr viele Naevi beobachtet.

Türkheim-Hamburg.

Beitrag zur Statistik der Geschwülste, von Otto Rapok. (*Deutsche Zeitschr. f. Chemie.* 30. 6. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 20.) Die Durchsicht des Materials der Strafsburger chirurgischen Klinik ergiebt, dafs ein Drittel aller Geschwülste sich aus Warzen entwickeln; von diesen verdankt der vierte Teil der Fälle Traumen ihren Ursprung. Am zahlreichsten sind Carcinome, dann Sarkome, dann kommen die anderen Geschwülste. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Sarkom mit sogenanntem chronischen Rückfallfieber, von C. Pusitt (*Virch. Arch.* 126. 2. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 20.) Den bekannten Fällen von mit Fieber einhergehenden Sarkomen fügt Verfasser einen neuen zu, ein Sarcoma

fusocellulare der Leber. Er sieht die Sarcomatosis an als Infektionskrankheit, die wahrscheinlich durch Protozoen bedingt ist. Als solche sind vielleicht kleine Plättchen aufzufassen, die sich im Protoplasma fanden und sich intensiver als das übrige Plasma färbten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lipome, von Dr. Bland Sutton. (*Brit. med. Journ.* No. 1529. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 20.) Von den nach ihrem Sitz unterschiedenen sieben Arten von Lipomen (subkutane, subseröse, subsynoviale, submuköse, intermuskuläre, intramuskuläre, periostale) sitzen die subkutanen meist am Körperstamme und den oberen Extremitäten. Man kann hier wieder trennen: sessile, gestielte und diffuse Lipome. Die ersteren findet man sowohl vereinzelt wie in grofser Anzahl, die gestielten sitzen meistens am Schenkel, die diffusen am Hals und am Ligamentum nuchae, und zwar symmetrisch zur Mittellinie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Weichteil-Sarkom der oberen Extremität, von A. Jäckh. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1892.) Die Dissertation bringt einen Beitrag zur Kasuistik der Weichteilsarkome und ist bemerkenswert wegen des ungewöhnlich langsamen Verlaufes. Es handelt sich um ein wahrscheinlich von der Haut des Vorderarms ausgehendes Sarkom (der Fall kam erst später zur Beobachtung), das zunächst operativ entfernt wurde, um dann nach vier Jahren zu recidivieren. Fünf Jahre später war fast der ganze Vorderarm von der geschwürig zerfallenen Neubildung ergriffen, die dem äufseren Aussehen nach weniger den Eindruck eines zerfallenden Tumors, als vielmehr eines tuberkulösen Geschwürs machte. Mikroskopisch erwies sie sich als grofszelliges Rundzellensarkom. Der Fall endete letal. Therapeutisch ist bemerkenswert, dafs auch ein relativ gutartiger Verlauf an der schliefslichen Malignität der Sarkome nichts zu ändern vermag, und man daher lieber frühzeitig radikal (möglichst hohe Absetzung der betreffenden Extremität) operieren soll. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Lehre von der Ätiologie der Leukämie, von A. Pawlowsky. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 28.) Verfasser hat sowohl aus dem Blut als auch von verschiedenen Organen, namentlich der Leber, leukämische Bacillen gewonnen und gezüchtet. Er ist der Ansicht, dafs dieselben in ätiologischer Beziehung zu der Krankheit stehen. Sie sind durch Einlegen in wässerige Methylenblaulösung während 24—48 Stunden, Auswaschen in Wasser, Trocknen, Einlegen in Xylol und Kanadabalsam kenntlich zu machen. In Fleischbouillon mit Blutserum gelang es, Kulturen zu züchten. Die Bacillen sind bedeutend kleiner, als diejenigen des Abdominaltyphus, haben abgerundete Ecken und enthalten in ihrer Mitte meist eine oder zwei hellglänzende, sehr deutliche Sporen. Impfungen auf Kaninchen bewirkten keine weiteren Symptome, trotzdem die Bacillen vier Wochen im Blute derselben weiterlebten.
Philippi-Nieheim.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Therapie des Haarausfalls, von H. Paschkis. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie.* 1892. 6. *Deutsche Medizinal-Ztg.* 1892. No. 70.) P. unterscheidet Haarausfall durch Hypersekretion der Kopfhaut, Seborrhoe, und durch mangelnde Sekretion, Pityriasis. Im ersten Fall sind die Haare fett, glänzend, anscheinend dick; hier sind am Platze: alkalische Seifen, Kaliseifengeist oder medizinische Seifen in Wasser gelöst und mit Soda oder Pottasche gemischt (40,0—50,0 Seife, 10,0 Soda, ½ Liter Wasser); je nach der Empfindlichkeit der Haut mehr oder weniger intensive Anwendung. Alkohol löst das Fett, macht die Haut spröde. Alkohol mit Steinkohlenteerbenzin (50 : 100 Alkohol), 1—3% Naphtolspiritus, Resorcinspiritus (Resorcin 5,0, Spiritus vin. 150,0,

Oleum Ricini 2,0); Naphtolseife, besonders Ichthyolseife und Ichthyolsalbe (10—20:80) sind zu empfehlen. — Verdünnte Mineralsäuren, mit Schwämmchen eingerieben, können auch benutzt werden. — Nach dieser Vorbehandlung anhaltender Gebrauch leicht entfettender Mittel (Alkohol), von Zeit zu Zeit wieder Seifen und Alkalien; Tannin und Chinin, als alkoholische Tinktur oder als Pomade (Chinin. sulfur. 1,0, Spiritus vin. Gall. 60,0, Aqua Coloniensis 30,0 oder Tannin 1,0—5,0, Alkohol 0,5, Oleum amygdal. 40,0); Balsame in konzentrierter alkoholischer Lösung. Monatelang mufs die Behandlung fortgesetzt werden.

Bei Haarausfall aus andern Gründen ist die Prognose schlechter. Die Haut ist trocken, dünn, schlaff, mit abgeschilfertem Epithel bedeckt. Besserung der Ernährung ist notwendig. Keine Seifenwaschungen, sondern Öle und Pomaden mit tonisierenden Mitteln (Chinin, Tannin, Balsam), Tinct. Cantharidarum (2,0—3,0 : 50,0) Oleum Sabinae (10—15 Tropfen : 50,0 Alkohol) Tinct. Capsici etc. Die Mittel müssen fest eingerieben werden. Zwischenein stets Fetteinreibungen. — Bei bestehender Hyperidrosis der Kopfhaut Faradisation mit der Massierrolle oder mit der elektrischen Hand.

Die prämature, oft erbliche Alopecie giebt auch eine schlechte Prognose.

Jessner-Königsberg i. P.

Das Achorion Schönleinii; morphologische, biologische und klinische Untersuchungen von A. Marianelli (Pisa 1892. P. Salvioni). — Wieder liegt uns eine ausführliche Arbeit über Favus vor, welche fast gleichzeitig mit derjenigen von Mibelli über denselben Gegenstand zur Publikation gelangte. Verfasser kommt darin im wesentlichen zu den gleichen Resultaten wie Mibelli; auch er fand bei seinen Kulturversuchen immer einen und denselben Pilz als Träger der favösen Erkrankung. Als vorteilhaftestes Nährsubstrat erwies sich ihm das Glycerin-Agar (6% Glycerin) mit ausgesprochener Alkalisierung. Temperaturoptimum 35°. Während Luftzutritt das Wachstum befördert, übt andererseits das Licht keinen Einfluſs auf dasselbe aus. Auch gelang es ihm vorzüglich durch Überimpfung aus den Kulturen auf Mensch oder Tier (Kaninchen) typischen Favus zu erzeugen.

In therapeutischer Beziehung steht das Epilieren obenan. Von den zahlreichen zur Anwendung gelangten Behandlungsmethoden (worunter das Pyrogallol, Chrysarobin, elektrische Diaphorese etc. etc.) hat sich keine als spezifisch oder in hervorragender Weise bewährt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Vitiligo, von Dr. Georges Thibierge. (La semaine médicale, 28. Dezember 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 70.) Die Vitiligo stellt wenig pigmentierte, von abnorm stark pigmentierter Haut umgebene Hautstellen dar; an behaarten Stellen sind auch die Haare pigmentarm und fallen zuweilen aus. Prädilektionsstellen sind Handrücken, Hals und die angrenzenden Wangenteile. Am deutlichsten ist die Affektion ausgebildet an den Genitalien. Funktionelle Störungen fehlen bis auf eine zuweilen vorkommende Herabsetzung der Sensibilität.

Die Vitiligo ist eine nervöse Störung; besonders häufig kommt sie bei Syringomyelie und im präataktischen Stadium der Tabes vor. Bei Leukodermie fehlt die Überpigmentation der Umgebung, bei Lepra sind die pigmentarmen Flecke nicht scharf begrenzt, beim Morbus Addisonii sind neben anderen Allgemeinerscheinungen die Schleimhäute beteiligt. Bei Pigmentsyphilis sind die hellen Stellen normal pigmentiert, die dunkeln sind die kranken. Zur örtlichen Therapie ist Cantharidentinktur oder Essigsäure (1—2 : 50) zu empfehlen; aufserdem Allgemeinbehandlung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur pathologischen Anatomie des Sklerodermа, von Albert Hoffa. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 35.) Bei einem 34 Jahre alten Mann entwickelte sich im Laufe weniger Wochen eine wurstartige, harte Anschwellung der

Haut längs der Vena saphena neben dem Kniegelenk, die als Sklerodermа aufgefafst und excidiert wurde. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab folgendes: Epidermis von normaler Dicke, Stratum corneum tritt an Volumen hinter dem Strat. Malpighii zurück, Papillen, Haare, Drüsen normal. Die bindegewebigen Wandungen der Drüsen und die Scheiden der subpapillären Gefäfse kleinzellig infiltriert. Das Bindegewebe des Corium und die elastischen Fasern zeigen nichts abnormes. Sehr verändert sind die Arterien: In der Adventitia eine meist umschriebene Zellwucherung, welche die Bindegewebsbündel auseinanderdrängt, Media und Intima sind diffus verändert. Die einzelnen Lagen der Media durch zellige Infiltration und neugebildete Bindegewebszellen auseinander gedrängt, die Membrana elastica interna fehlt vollständig. Die Intima durch neugebildetes faseriges Bindegewebe, das durch Zellen durchsetzt ist, verdickt; das Lumen ist dadurch bedeutend verengt, fast ganz obturiert. Im subkutanen Fettgewebe stellenweise ganz dichte zellige Infiltrationen, die sich zwischen die Fettträubchen hineinschieben; stellenweise Spuren von Blutextravasaten. Nerven normal. Keine Mikroorganismen.

Der Befund gipfelt also in der Erkrankung der Hautarterien und deckt sich vollkommen mit den Dinklerschen Ergebnissen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige praktische Beobachtungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. W. Finzi. (The Lancet, 11. Juni 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 70.) Ausgehend von der heilenden Wirkung des Erysipels auf alte Unterschenkelgeschwüre hat Verfasser durch Erregung künstlicher Entzündung schnelle Heilungen erzielt. Im weiteren giebt F. eine Einteilung der bisher üblichen Mittel, die jeglichen Interesses entbehrt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von S. Jessner. (*Therap Monatsh.* 1892 No. 10.) Verfasser empfiehlt aufs dringendste die von Unna für die Behandlung der Stauungsdermatosen empfohlene Methode und wendet dann für das Geschwür selbst entweder Jodoform oder Kreolin oder Borwasser an. Ist das Geschwür vertieft, die Granulationsbildung schwach, dann streut er eine Spur Jodoform auf, legt direkt auf das Geschwür ein der Gröfse desselben entsprechendes Stück Protektivsilk auf und daneben einen Bausch Verbandwatte oder Gaze. Sind nekrotische Gewebsmassen vorhanden, dann deckt er das Ganze noch mit Guttaperchapapier; in gleichmäfsiger, feuchter Wärme stofsen sie sich schneller ab. Haben die Granulationen das Niveau der Haut erreicht oder sogar dieselbe überwuchert, dann legt er auf das gesäuberte Geschwür nur ein mit Bor- oder Kreolinwasser angefeuchtetes Stück Protektiv und darüber den Bausch Watte oder Gaze; Jodoform ist in letzteren Fällen stets kontraindiziert. Bei starker Sekretion kann auch Wismut oder Dermatol angewandt werden. Einen grofsen Wert legt Verfasser auf das direkte Bedecken des Geschwüres mit Protektivsilk in allen Fällen. Gegen die Ekzeme in der Umgebung der Geschwüre genügt schon der Zinkleim, doch kann man bei starkem Nässen die Lassarsche Salicylpaste anwenden. Sind die Geschwüre geheilt, so mufs man, um Recidive zu verhüten, das Bein noch 1 Jahr lang einleimen und mit einer einköpfigen Gazebinde einwickeln; dieser Verband braucht nur alle 14 Tage erneuert zu werden. Später kann das Einleimen auch weggelassen werden, und man braucht nur eine Trikotschlauchbinde umzulegen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung der Fufsgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtinverbänden, von Oscar Rornisch. (*Wien. med. Presse.* 1891. No. 45.) Die Unnasche Methode hat auch dem Verfasser gute Resultate gegeben. Er übt sie folgendermafsen: Jodoform aufstreuen, Jodoformgaze nur auf das Geschwür auflegen, Einleimen des Beins und Einwickeln mit doppelköpfiger Organtinbinde. — Akute Lymphangitis und

Phlebitis, sowie Sitz des Geschwürs in der Sprunggelenkgegend sind Kontraindikationen. (Letzteres kann ich nicht zugeben; leimt man nur den ganzen Fuſs samt der Ferse ein, so erhält man auch bei tiefsitzendem Geschwüre gute Resultate.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Natur und Behandlung der Tinea decalvans, von Dr. Illingworth. (*Brit. med. Journ.* 22. Aug 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 70.) Die Tinea decalvans beruht auf einem winzigen Fungus, dem „Microsporon Audouini". Die Sporen haben eine Länge von $^1/_{5000}$—$^1/_{2500}$ Zoll; die Fäden sind gering und ohne Körnchen. Zur Behandlung wird Karbolsäure, 4 : 60,0, tüchtig eingerieben; danach Bepinseln mit Kantharidinessig und, wenn dieser nicht reizt, zweimal wöchentlich Jodtinktur. Nach Abheilung jeden Morgen Kreosotsalbe. Innerlich: verdünnte Salpetersäure, Leberthran; Strychnin oder Syrupus ferri phosphorici. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Pelade (Alopecia areata) mit Jodkollodium, von E. Tison. (*Journ. de méd.* 1892. No. 17. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 71.) Die Haare möglichst kurz scheiden (nicht rasieren), dann Einreiben mit van Swietenscher Flüssigkeit und Applikation einer starken Schicht Jodkollodium, 1 : 30, etwas über die Grenzen der Plaques hinaus. Nach ca. 8 Tagen löst sich das Häutchen, dann erneutes Einreiben von van Swietenscher Flüssigkeit, bis alle Kollodiumreste entfernt sind, und wieder Bepinseln mit Jodkollodium. Nach der dritten Applikation sprieſsen die feinen Haare hervor. Jodtinktur leistet nicht dasselbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von ganz excessiver Entwickelung der Hautvenen der unteren Extremitäten und des Bauches beobachtet von L. Derville. (*Journ. des sciences médicale de Lille.* 23. September. 1891.) Bei einem 30 Jahre alten Manne fanden sich riesige Varicen am Bauche, im Scarpaschen Dreieck, den Unterschenkeln; alle Venen waren erweitert, besonders auf der linken Bauchseite. Die Erweiterungen haben schon bei der Geburt im Anfangsstadium bestanden. Vergröſserung der Leber und Milz, Verdauungsstörungen lassen Verfasser die Veränderungen als Kollateralkreislauf bei aborm enger Vena portarum auffassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cruralvaricen. In *La Policlinique*, No. 13, 1892, berichtet d'Haenens über einen Patienten mit Varicen der unteren Extremitäten, welcher im Schenkelkanal eine nuſsgroſse, langsam zunehmende, vollständig separierbare, weiche, unter dem Einflusse der Bauchpresse stärker hervortretende Geschwulst zeigte. Die Diagnose blieb unentschieden zwischen Hernia cruralis und Phlebektassie; erst bei der Operation klärte sich die Situation in letzterem Sinne auf. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt, von G. R. Murray. (*Brit. med. Journ.* 27. Aug. 1892.) Bericht über vier Fälle, bei denen diese Behandlungsweise durchweg bedeutende Besserung herbeiführte. Die Injektionen wurden meistens einmal die Woche in Dosen von 1—1,5 ccm in der Gegend zwischen den Schulterblättern verabreicht. Es empfiehlt sich, die Einspritzung sehr langsam vorzunehmen (etwa fünf Minuten Zeit zu nehmen) und bei drohenden Zwischenfällen (Ohnmacht, Kongestionen etc.) sofort auszusetzen. Auch soll die injizierte Stelle nachher nicht gerieben oder massiert werden. Auffällig ist, daſs zwei von den Kranken nach ihrer Entlassung, als erheblich gebessert, einige Wochen später plötzlich an Herzschwäche zu Grunde gingen.

A. T. Davies teilte im Anschluſs hieran (in der Sitzung der Jahresversammlung der British Medical Association) eine Beobachtung mit über zwei in gleicher Weise günstig beeinfluſste Fälle von Myxödem. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Myxödem und Melancholia agitatoria, behandelt mittelst Injektionen von Schilddrüsensaft. Heilung. Von C. SHAW. (*Brit. med. Journ.* 27. Aug. 1892). Eine 33jährige verheiratete Frau, Mutter von vier Kindern, hatte im zweiten Wochenbett Zeichen der Melancholie dargeboten, hatte sich dann wieder erholt, war aber vor jetzt vier Jahren (1888) wieder geistig gestört geworden und entwickelte deutliche Symptome von Myxödem. Nachdem sich verschiedene andere Behandlungsversuche als erfolglos erwiesen hatten, wurde nunmehr, vier Jahre nach Beginn der myxödematösen Symptome, die Injektion von Schilddrüsenextrakt von Schafen und Rindern angewandt. Nach etwa zwei Monaten war der Erfolg in Bezug auf die körperliche sowohl als auch auf die geistige Störung ein so günstiger, daſs Patientin als geheilt die Anstalt verlassen konnte.

In der Diskussion über diese Mitteilung (ibid.) berichtete M. CLARKE über zwei Mifserfolge mit dieser Behandlungsweise. Man müsse die Kur schon möglichst bei Beginn des Leidens anfangen.

W. B. RANSOM hat die Methode bei Morbus BASEDOW, aber ohne allen Erfolg, versucht.

Dr. HEARN hat bei drei Patienten sehr erhebliche Besserung erzielt, doch traten gelegentlich auch höchst beängstigende Erscheinungen hervor.

Philippi-Nieheim.

Über einen Fall von Myxödem, von A. NAPIER. (*Glasgow Med. Journ.* Sept. 1892). Die 54jährige Patientin hat seit fünf Jahren eine zunehmende diffuse Schwellung beinahe des ganzen Körpers bemerkt; gleichzeitig bestanden Schmerzen im Rücken und den Beinen, Kältegefühl, Verminderung der Denkfähigkeit, Mattigkeit etc. Bei der Aufnahme in der Klinik typisches Bild von Myxödem. Nach einer Reihe von Injektionen von Thyreoiddrüsenextrakt von Schafen war eine ganz eminente Besserung zu konstatieren. Einzelne Zwischenfälle (Fieber, Kopfweh, Abscefsbildung) blieben ohne wesentlichen Nachteil. *Philippi-Nieheim.*

Zwei Fälle von Myxödem, von H. C. GORDINIER. (*New York. Med. Journ.* 13. Aug. 1892.) Eingehende Schilderung der klinischen Verhältnisse und bei dem einen, an interkurrenter Pneumonie tödlich verlaufenen Falle auch des pathologisch-anatomischen Befundes. Aus letzterem ist erwähnenswert, daſs der rechte Lappen der Schilddrüse etwa bohnengroſs war, der linke kaum sich vom umgebenden Gewebe unterscheiden lieſs; mikroskopisch war ein vollständiges Fehlen des eigentlichen Drüsengewebes zu konstatieren; dasselbe war durch Bindegewebe nebst Blutextravasaten ersetzt. In der Haut waren eine kleinzellige Infiltration und Schwund der Schweifsdrüsen die wichtigsten Anomalien. Klinisch boten beide Fälle (1. Mann 42 Jahre alt, 2. Mädchen 22 Jahre) deutliche Symptome des Leidens dar. Alle therapeutischen Versuche erwiesen sich als erfolglos. *Philippi-Nieheim.*

Der Einfluſs des Nervensystems bei gewissen Erkrankungen der Haut, von A. RAVOGLI. (*Med. News.* 27. Aug. 1892.) Folgende drei Fälle werden als Beispiele von dem Zusammenhang zwischen Hauterkrankungen und Störungen des Nervensystems näher beschrieben: 1. Liodermia neuritica (Maculae atrophicae) bei einem 22jährigen Mädchen, das mit 4 Jahren Chorea minor, mit 12 auch epileptische Anfälle gehabt hatte und seitdem häufig an Kopfweh und Schwindel leidet. 2. Leukodermia bei einer 39jährigen Frau von zarter, anämischer Konstitution. Dieselbe war mehrmals wegen Melancholie in ärztlicher Behandlung gewesen und leidet jetzt noch häufig an hysterischen Insulten, während derer die leukodermischen Flecke hervortreten. Der dritte Fall, Sklerodermie, betraf ein

8jähriges Mädchen, das seit vier Jahren nervös aufgeregt gewesen war und viel an Neuralgien und heftigem Jucken der Arme und Beine gelitten hatte.

Philippi-Nicheim.

Gegen Hämorrhoiden empfiehlt Thomas tägliche Darmeingiefsungen von so vielem, anfangs lauwarmem, später kaltem Wasser, als der Betreffende 4—5 Minuten zurückhalten kann. Wenig Fleischkost, mehr Vegetabilien, nach dem Frühstück Äpfel und Birnen etc. Dadurch will Verfasser dauernde Heilungen erzielt haben.

(*The Lancet. Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 19.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Prophylaxe und Therapie der Hämorrhoiden, von A. Kühner. (*Der ärztl. Praktiker.* 1892. 29.) Jede Stockung in der Pfortader kann zur Bildung von Hämorrhoiden führen. Üppige Lebensweise, übermäfsige Wirkung der Bauchpresse, sitzende Lebensweise, zugige Aborte (?) sind als direkte Ursachen zu beschuldigen. Starke Körperbewegungen, wie Bergsteigen, Reiten, Gymnastik und Sorge für regelmäfsige Leibesöffnung bilden die Prophylaxe und Therapie. Neues enthält der Artikel nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Verschiedene Nebenerscheinungen bei Prostataerkrankung, von Loumeau. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux.* No. 10. 1892.) Als solche stellten sich ein bei einem 20jährigen Patienten (Alkoholiker), welcher wegen plötzlich eingetretener Urinretention (infolge von Prostatakongestion) katheterisiert worden war: Prostatitis und Periprostatitis, Deferentitis, Funiculitis phlegmonosa und Epididymitis, Defäkationsbeschwerden, Proctitis; alles verbunden mit den heftigsten, nach Perineum, Abdomen und unteren Extremitäten ausstrahlenden Schmerzen und Kräfteverfall. Offenbar war durch den Katheter eine Schleimhautverletzung der Prostatagegend entstanden, welche unter dem Einflusse einer gleichzeitig bestehenden Gonorrhoe den genannten Symptomenkomplex hervorgerufen hatte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In den *Annales de la Policlinique de Bordeaux* (No. 10. 1892) berichtet Denucé über **3 Fälle von Heilung nervöser Störungen durch Circumcision bei Kindern mit kongenitaler Phimosis.** Diese Störungen bestanden in Muskelschwäche der Extremitäten, motorischer Inkoordination, Strabismus, Konvulsionen, geistiger Schwäche. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Loumeau empfiehlt aufs wärmste die **Urethrotomia interna bei Harnröhrenstriktur** als eine höchst einfache, ungefährliche und sichere Operation besonders in den Fällen, wo die langsame Dilatation nicht zum Ziele geführt. Sie wird nach der Methode Guyons ausgeführt nach vorhergegangener Desinfektion durch innerliche Darreichung von Salol während mehrerer Tage vor der Operation und Ausspülung des Harnkanals mit Argentum-nitricum-Lösung (2‰). Der nach der Operation eingeführte Dauerkatheter bleibt 48 Stunden liegen. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux.* No. 10. 1892.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über den Einfluſs einiger edler Metalle auf die Nierensekretion, von Cohnstein. (*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. XXX. 1892. Heft 1 und 2.) Verfasser stellte Versuche mit Quecksilber, Silber und Platinverbindungen an männlichen Kaninchen an. Er wählte Verbindungen, die Eiweifs nicht fällen und injizierte dieselben subkutan oder intravenös. Natriumplatinchlorid erzeugte in kleinen Gaben 7 mg pro Kilo Kaninchen) eine mäfsige Steigerung der Diurese; doch ist der Harn meist eiweifshaltig.

Silber (Chlorsilber in Natrium subsulfurosum gelöst) giebt ebenfalls eine mäfsige Steigerung, 7—12 mg pro Kilo; gröfsere Dosen leisten nicht mehr und rufen Eiweifs hervor.

Quecksilber (Kalomel in Natrium subsulfurosum) ruft eine ziemlich grofse und rasche Steigerung hervor und schädigt die Nieren weniger als die vorigen. Bei gröfseren Dosen stirbt das Tier, es treten heftige Durchfälle ein.

Verfasser hat also nachgewiesen, dafs Kalomel (ebenso wie Pt und Ag) auch beim gesunden Organismus die Diurese steigert.

Chloralisierung der Tiere verhindert diese Steigerung, somit ist es wahrscheinlich eine Kreislaufveränderung, deren Eintritt die Chloralisierung vorbeugt, welche die Diurese hervorruft. Coffein erzeugte auch hier reichliche Diurese.

Rifs Verfasser die Nerven einer Niere durch, so trat die Steigerung ebenfalls nicht ein.

Den Blutdruck fand Verfasser bei geringen Mengen obiger Metalle leicht erhöht, doch hält er diese Steigerung, zumal sie nicht lange anhält, nicht für die Ursache der vermehrten Harnsekretion.

Ebensowenig nimmt er eine direkte Epithelreizung in den Nieren als Veranlassung an, sonst dürfte die Steigerung nach Chloralisierung oder Durchreifsung des Nerven nicht ausbleiben; anders verhält es sich mit der Anurie bei chronischer oder stärkerer Vergiftung, denn hier fand sich stets bei histologischer Untersuchung typische Metallnephritis. *F. Hahn-Bremen.*

Weitere Mitteilungen über das Arão-Saccharimeter, von J. Schütz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 35.) Verfasser hat weitere Versuche mit dem früher von ihm angegebenen Instrumente zur quantitativen Zuckerbestimmung gemacht, die ein recht günstiges Resultat ergeben haben. Er vergröfserte die Flasche (solche von 300 ccm Inhalt waren noch gut verwendbar, ohne unförmlich zu sein) und konnte so $^1/_{10}$ % Zucker deutlich ablesen, halbe Zehntel schätzen. Ferner konnte bei diesem grofsen Arão-Saccharimeter noch für eine 0,2%ige Zuckerlösung, wenn sie bei genügender Wärme vergährt wurde, ein deutlicher Skalenteil markiert werden. Eine 0,1%ige Lösung vergährt nicht mehr. Endlich können mit diesem Apparate kleinste Zuckermengen qualitativ auf das Unzweideutigste nachgewiesen werden. Die Hauptvorzüge des Instrumentes sind die bequeme Anwendungsweise und vor allem die Genauigkeit, die bei der früheren Anordnung der Gährungsprobe nie exakt ist, da Hefe an und für sich CO_2 entwickelt. *F. Hahn-Bremen.*

Eine Haarnadel in einer männlichen Harnröhre, von Meltzer. (*New York Med. Monatsschr.* Bd. IV. 1892. No. 7.) Die Mutter des erwachsenen Menschen bemerkte Blutflecken in seiner Wäsche und Blut im Urin. Auf Befragen erklärte er, dafs beim Urinieren erst reines Blut, dann klarer Urin folge; beim Betasten des verlängerten Penis fühlte man eine Nadelspitze neben dem Frenulum und beim Heben des Penis das runde Ende an der unteren Seite der Urethra. Nun bekannte Patient, dafs er sich selbst eine Haarnadel eingeführt habe. Verfasser extrahierte dieselbe durch Urethrotomia externa, indem er auf das runde Ende einschnitt.

Verfasser bemerkt, dafs diese Lage der Haarnadel mit der Spitze nach vorne typisch für diesen zu onanistischen Zwecken eingeführten Fremdkörper sei. Ist die Nadel durch das enge Orificium geglitten, so schnellen ihre Arme federnd auseinander und bohren sich in der Schleimhaut fest.

Verfasser fand in der Litteratur bisher zwei einschlägige Fälle, die beide operativ geheilt wurden. *F. Hahn-Bremen.*

Neue Behelfe zur Diagnose und Therapie von Urethralerkrankungen, von EDUARD LANG. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. Nr. 36.) I. Beleuchtungstrichter: Eine kleine Glühlampe ist an einem Trichter, der jedem Urethraltubus angefügt werden kann, so befestigt, dafs das Licht mittelst eines Prismas in den Tubus geworfen wird. Leitungsschnüre und Unterbrechungsvorrichtung werden durch ein Armband um die linke Hand gelegt. Die Vorrichtung ist leicht und stört in keiner Weise die Beweglichkeit des Tubus. Zu beziehen durch W. Wolters, Wien I., Neuer Markt 7.

II. Tubuli elastici medicamentosi: Gewöhnliche Kautschuk-Drains von ca. 4 mm Stärke werden mit einer Masse aus Gelatine, Glycerin und Wasser überzogen, der das betreffende Medikament zugesetzt ist. Diese Röhrchen werden jeden Tag oder seltener für 2—3 Minuten eingeführt. Nähere Mitteilungen sollen folgen.

Jessner-Königsberg i. P.

Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus, von F. TRENDELENBURG. (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 23. *Allg. med. Centralztg.* 1892. Nr. 69.) Erster Fall: 35jährige II para mit hoher Blasenscheidenfistel. 10 cm langer Querschnitt neben der Symphyse, quere Eröffnung der Blase, provisorisches Annähen der Wundränder an die Haut. Umschneiden der Fistel und Vernähen mit in der Vagina geknoteten Seidenfäden und in der Blase geknoteten Katgutfäden. Schlufs der Blase durch LEMBERTsche Naht nach Einlegen eines T-förmigen Drainrohrs. Schlufs der Bauchwunde unter Drainage des prävesikalen Raumes durch einen Jodoformgazestreifen. 10 Tage später Entfernung des Drains; Entlassung als geheilt 4 Wochen nach der Operation. ½ Jahr später Bauchhernie.

Zweiter Fall: Um die Hernie zu vermeiden, keine Durchschneidung der M. recti, sondern Abmeifseln des oberen Randes der Symphyse samt den inserierenden Sehnen. Der tiefe Sitz des Eröffnungsschnittes, eine komplizierende Scheidenurethralfistel erschwerten die Operation sehr, so dafs dieselbe fünf volle Stunden dauerte. Der weitere Verlauf wurde durch eine Nekrose des abgemeifselten Knochenstückes verzögert. Resultat gut.

Jessner-Königsberg i. P.

Über nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände von R. WAGNER. (*Archiv f. klin. Chirurg.* 42. 2. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 69.) Die nicht traumatischen Perforationen der Blase können nach W. stattfinden von innen durch Steine, Fremdkörper, Überfüllung oder durch primäre Erkrankungen der Blasenwand, Tumoren und Geschwüre, oder von aufsen durch Geschwülste in der Umgebung der Blase, Darmgeschwüre, tuberkulöse oder osteomyelitische Prozesse an den Beckenknochen, perforierende prävesikale und puerperale Abscesse. Verfasser teilt einen Fall mit von Perforation und Steinbildung im Anschlufs an Hüftgelenksankylose, bei dem allerdings der Zusammenhang dieser Leiden dem Referenten nicht klar erwiesen erscheint. — Aus der Litteratur hat Verfasser 16 Fälle von Perforation der Blasenwand infolge von Konkrementen gesammelt. Geschah diese nach der Peritonealhöhle oder in das Cavum ischiorectale, so war der Tod die Regel, bei Ausbildung starker adhäsiver Entzündungen und Fistelbildung war die Prognose besser. — Für den Zeitpunkt des Auftretens der Perforation ist vielleicht das Eintreten einer Hämaturie mafsgebend. Sectio alta stellt den besten therapeutischen Eingriff dar. — Fälle von Spontanperforation von Konkrementen in den Darm, besonders nach vorausgegangener Sectio perinealis beobachtet, zählen auch in diese Rubrik. — 14 Fälle spontaner Blasenrupturen durch Überfüllung führt Verfasser an. — Von destruktiven Prozessen führt Sarkom sehr selten, Karzinom auch nicht oft zur Perforation; ebenso geben tuberkulöse und luetische Geschwüre selten Veranlassung dazu; von Interesse sind die Fälle von runden Blasengeschwüren. — Relativ häufig ist die Perforation der Blase bei Operationen, so bei Herniotomien durch Verletzung von Divertikeln

(2 Fälle), Ovariotomien, Myomotomien. — Durch Überwanderung von Fremdkörpern aus dem Innern des Leibes (verschluckte Gegenstände, Entozoen etc.) ist Perforation der Blase beobachtet, so bei einem von KRAKEWER mitgeteilten Fall: Überwanderung von Askariden, Steinbildung, Ulzeration, Perforation, Bildung einer Vesiko-Intestinalfistel. — Von extraperitonealen Tumoren bewirken Gebärmutterkrebse, Ovarialcysten, extrauterine Föta nach Bildung von Abscessen oft Perforationen; den von HARRISON CRIPPS zusammengestellten 63 Fällen fügt Verfasser noch 26 hinzu.

Von durch Stich oder Hieb bewirkten abnormen Kommunikationen zwischen Darm und Blase werden 14 Fälle berichtet mit 4 Todesfällen. — Schliefslich erwähnt Verfasser die Verletzung der Blase durch Knochensplitter nach Knochenerkrankungen oder Traumen. Eine Zusammenstellung der Fälle von Durchbruch peri- oder parametritischer Abscesse in die Blase bildet den Schlufs der Arbeit, deren reicher Inhalt hier nur angedeutet ist. *Jessner-Königsberg i. P.*

Balanitis bei einem dreijährigen Kinde, von MARTIN LEITH. (*The Lancet.* 14. Mai. 1892. *Allg. med. Centralztg.* 1892. 69.) Verfasser berichtet über Balanitis bei einem 3jährigen Knaben mit schweren Folgezuständen; er nimmt eine Übertragung von einem Manne an, der häufig mit dem Kinde spielte und an einem durch chronische Cystitis bedingten Ausflufs (? d. Ref.) litt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Radikalbehandlung der Urethral-Strikturen, von W. BRUCE-CLARKE. (*The Lancet.* No. III. of Vol. II. 1892. No. 3594. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 69.) Verfasser tritt sehr für die grofse Bedeutung des Spasmus für die Entstehung der Strikturen ein, führt Fälle zur Beleuchtung an und empfiehlt, jeder Untersuchung auf Strikturen ein Anästheticum vorauszuschicken. Ist der Fall frisch, dann ist Dilatation am Platze, besteht bereits Narbengewebe, dann leistet die Elektrolyse und die Urethrotomia interna mit nachfolgender Dilatation gute Dienste, die lange fortgeführt werden mufs. Bei Unmöglichkeit, irgend ein Instrument durchzuführen, ist die Urethrotomia externa auszuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die therapeutische Anwendung der Kawa-Kawa, von DAVID CERNA. (*Med. and surg. Reporter.* 2. Mai 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 19.) Mit Kawa-Kawa wurden 4 Fälle von Gonorrhoe, 1 Cystitis, 1 Hydrops, 1 Nachtripper gebessert; 9 akute Cystitis, 2 chronische Cystitis, 6 Gonorrhoe, 1 Prostatorrhoe, 4 Urinretention, 1 Nachtripper, 1 Urethritis mit Cystitis, 6 Inkontinenz, 1 Vaginitis geheilt. Es kommt der Kawa-Kawa also eine grofse Heilkraft zu. (Wenn diese eine weniger vielseitige wäre, würde die Skepsis vielleicht eine geringere sein. D. Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen Incontinentia urinae empfiehlt WILLIAM C. KRAUSS Extractum Rhois aromaticae, 5—20 Tropfen viermal täglich, gewöhnlich mit Glycerin. Wo Rückenmarksleiden bestehen, ist es nutzlos.

(*Buffalo med. and chirurg. Journ.* Oktbr. 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 19.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von Bilharziosis, von BRAULT. (*Lyon méd.* 1891. No. 31. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 91.) Bei einem Manne, der an Hämaturie etc. litt, entdeckte der Verfasser im Harn Eier und Embryonen von Bilharzia sanguinis. Patient hat längere Zeit in Süd-Tunis gelebt und giebt an, dafs dort viele Soldaten daran leiden. Das Vorkommen der Bilharzia war bisher nur von Aegypten, Ostafrika, Kap der guten Hoffnung, Madagaskar bekannt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der männlichen Harnblase, von J. LINK. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 27.) Nach dem Beispiel KRASKES

und Hochenegg's bei der Entfernung von Mastdarm- und Uterustumoren hat Verfasser an der Leiche versucht, ob es nicht möglich sei, auf diesem Wege nach Entfernung des Steifsbeins in die Blase zu gelangen. Die Operation ist ihm so leicht und so ausgiebig gelungen, dafs er die Methode, auch ohne sie am Lebenden geprüft zu haben, warm empfiehlt. *Philippi-Nieheim.*

Einige instrumentelle Verbesserungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten, von R. Kuttner. *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 41.) 1. Sonde-Nélaton graduée. Um die Länge der Harnröhre und ihrer einzelnen Abschnitte bequem zu messen, hat K. einen Nélaton-Katheter mit einer (fest haftenden) Centimetereinteilung versehen lassen; dieselbe beginnt genau am Auge des Katheters und läuft nach der Öffnung desselben zu, in die man zu injizieren pflegt. Man mifst nun in folgender Weise: Nachdem man den Katheter in die Blase eingeführt hat, zieht man ihn langsam zurück, bis gerade noch der Harn herauströpfelt, und kann nun annehmen, dafs das Auge des Katheters sich am Orificium internum urethrae, d. h. am vesikalen Ende der Urethra befinde. Durch Ablesen, wieviel Centimeter der Katheter in der Urethra sich befinden, kann man die Länge der ganzen Urethra konstatieren. Bei Einspritzungen kann man dann die Länge der Pars prostatica, der Pars membranacea und der Pars anterior bestimmen. Die Bestimmung der Länge der Urethra hat nicht allein ein theoretisches, sondern auch ein praktisches Interesse, z. B. bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe. Auch für die Wahl der Instrumente für vesikale Eingriffe (z. B. Lithotripsie, Cystoskopie) ist es zweckentsprechend, die Länge der Urethra möglichst genau zu kennen.

2. Instillateur Guyon gradué. Auf den Instillateur hat K., von der Olive des Instrumentes angefangen, Zahlen in Centimetern und halben Centimetern anbringen lassen, um durch denselben genau im Bulbus resp. an den bezüglichen kranken Partien, die man festgestellt hat, das Medikament (Arg. nitr. Cupr. sulf.) zu deponieren.

3. Endlich hat er die bekannte, gegen sexuelle Neurasthenie, Spermatorrhoe, Impotenz etc. oft so erfolgreich angewendete Winternitzsche Metallsonde aus Gründen der lokalen Schonung in vulkanisiertem Kautschuk (gleich dem weichen Nélaton-Katheter) und in Gummi ausführen lafsen. Das Instrument soll auch dem heifsen Wafser widerstehen.

Alle drei Instrumente sind von Vergne (Paris) ausgeführt und auch bei Windler und Löwy, Berlin (Dorotheenstr.) zu haben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Berichtigung.

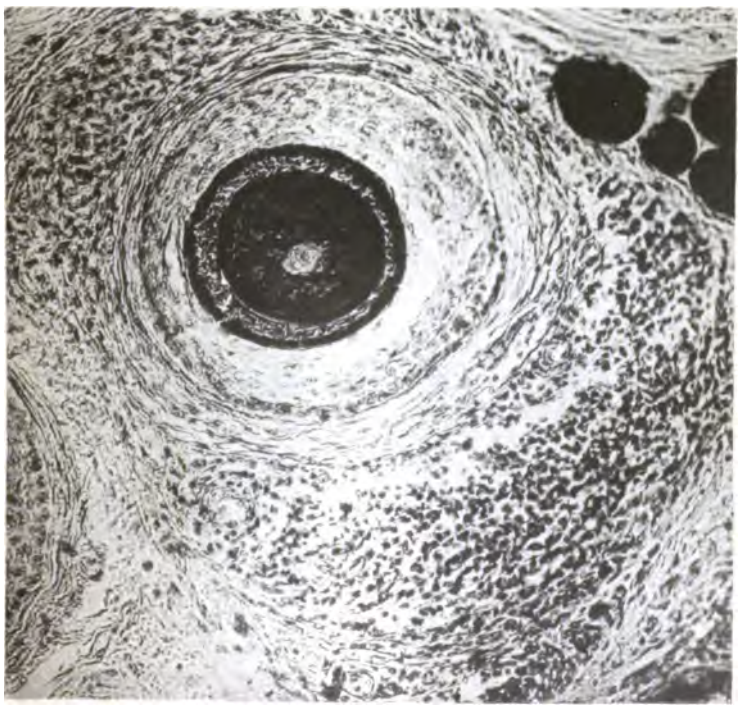
In die Notiz über Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1893 (s. S. 156 im letzten Heft) hat sich ein störender Druckfehler eingeschlichen. Es mufs nicht heifsen Schwund und Degeneration etc., sondern:

Schwund und **Regeneration** des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen.

1.

3.

2.

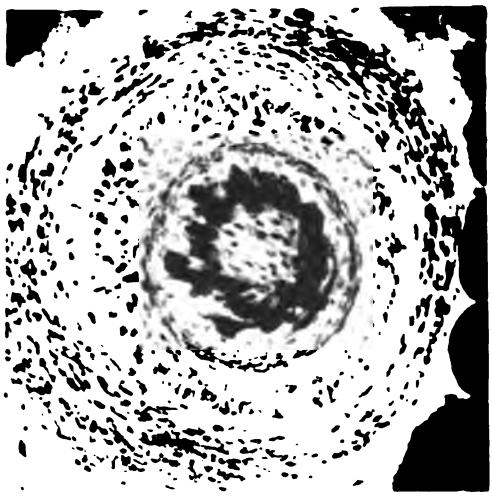


Sebastiano Giovannini, Torino.

Phot. u. Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.

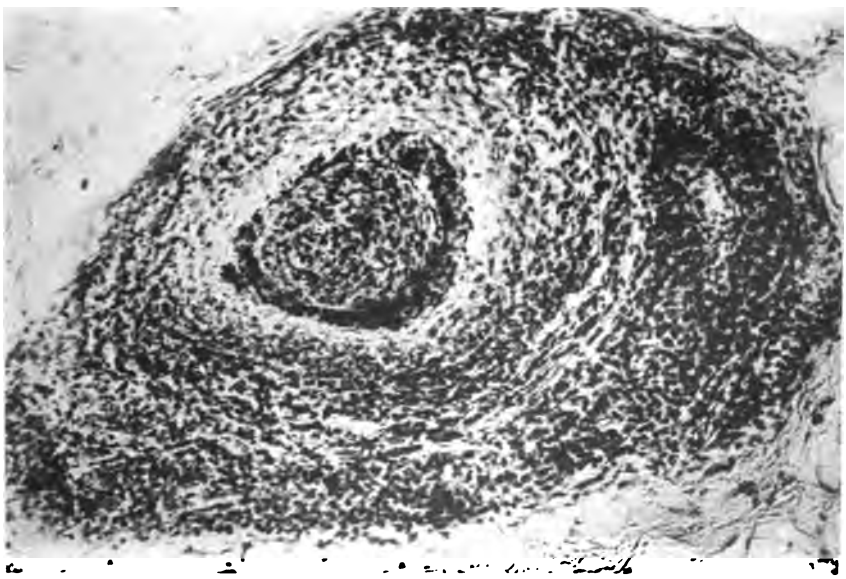
Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

1.



2.

3.



Prof. Sebastiano Giovannini, Torino.

Phot. u. Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 5. 1. März 1893.

Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der PAGETschen Krankheit.

Von

Ludwig Török,
Budapest.

(Mit Tafel III und IV.)

In einem vor kurzem in diesen Blättern erschienenen Artikel[1] habe ich folgendes über die protozoischen Carcinomparasiten der verschiedenen Autoren geäufsert:

„Bedenken wir, dafs es bisher nicht gelungen ist, die fraglichen Gebilde zu isolieren und zu kultivieren, dafs bei mehrfach versuchten Transplantationen von Krebsmaterial die weitere Entwickelung derselben ausblieb, dafs Lebenserscheinungen an ihnen noch nicht wahrgenommen wurden, mit Ausnahme derjenigen, bei welchen eine andere Deutung unabweisbar war (s. z. B. Karg), — bedenken wir also, dafs nichts anderes als die äufsere Ähnlichkeit gewisser Zelleinschlüsse mit einzelnen Entwickelungsformen der Protozoen die einzige Stütze der parasitären Auffassung ist, dann müssen wir immer strenger darauf dringen, dafs wir die uns bekannten Eigenschaften der Protozoen, sowohl was ihre Morphologie, als auch ihren Entwickelungsgang betrifft, auch hier ausnahmslos auffinden, dafs überdies in den uns vorgeführten Entwickelungsreihen kein einziges Stadium sich als gezwungen und in leichter Weise anders deutbar erweise, die Möglichkeit, dafs wir es mit andersartigen Zelleinschlüssen oder Degenerationsprodukten zu thun haben, wenn nicht ausgeschlossen, so doch nicht gut annehmbar erscheine."

Bei der Deutung der fraglichen Carcinombefunde müssen wir demgemäfs als unsere erste Aufgabe betrachten, die Abstammung derselben von bekannten Zellformen oder deren Derivaten entweder auszuschliefsen, oder aber nachzuweisen. Nur diejenigen Befunde, bei welchen dieser

[1] Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XV. 1892.

letztere Nachweis mifslingt, sind zu weiteren Untersuchungen in der Richtung verwertbar, ob wir es bei ihnen nicht etwa mit Protozoen zu thun haben.

Bei den Untersuchungen, über welche ich in den folgenden Zeilen berichte, habe ich getrachtet mir auf Grund des oben angedeuteten Kriteriums ein Urteil über die fraglichen Gebilde zu bilden, d. h., ich habe untersucht, ob der oben angedeutete Zusammenhang zwischen denselben und den übrigen Elementen des Carcinoms nachweisbar sei oder nicht. Ich will hier vorausschicken, dafs ich diesen Zusammenhang fast ausnahmslos bei meinen Befunden nachweisen konnte, dafs ich also die Annahme, als hätten wir es mit Protozoen zu thun, für die von mir beobachteten Gebilde zurückweisen mufs. Ich werde im Laufe meiner Auseinandersetzungen den Versuch machen, meine Folgerungen auch auf diejenigen Befunde anderer Autoren auszudehnen, welche sich mit den meinigen zu decken oder zumindest denselben sehr ähnlich scheinen.

Das Material zu meinen Untersuchungen lieferten mehrere Ulcera rodentia des Gesichtes (Nase, Augenlid, Schläfe), Epithelialcarcinome der Nase, Ober-, Unterlippe, der Mandel, des Rachens, des Penis und ein Fall von Pagets disease der Brustdrüse. Als Fixationsflüssigkeit dienten die Flemmingsche, Demarbaixsche Lösung, 5% Sublimatalkohol und absoluter Alkohol. Zumeist wurden zweierlei Fixationen vorgenommen und die Schnitte miteinander verglichen. Ich habe des weiteren die Carcinompräparate des Budapester pathologisch-anatomischen Instituts in dieser Richtung untersucht und so Carcinome von verschiedenem Baue und aus den verschiedensten Organen des Körpers vor mir Revue passieren lassen. Für die Erlaubnis, die Präparatensammlung des Instituts für meine Untersuchungen zu benutzen, drücke ich Herrn Prof. Gustav Scheuthauer meinen verbindlichsten Dank aus. Die Präparate des pathologisch-anatomischen Instituts waren zumeist in Alkohol, zum Teile in Flemmingscher Lösung fixiert worden und in verschiedener Weise (verschiedene Karmine, Hämatoxyline, Safranin) gefärbt. Ich wende mich nun zu den Befunden, welche ich an Krebszellenkernen gemacht habe.

In sehr vielen Krebsen fällt Zahl und Gröfse der Kernkörperchen auf. Es sind dies Krebse mit grofsen Zellen, insbesondere aber Epidermoidalkrebse. Bei kleinzelligen Krebsen, so z. B. bei dem Ulcus rodens, ist dies nicht der Fall. Bei letzterem ist die Gröfse der Nukleolen kaum von den der normalen Oberhautzellen verschieden, die Zahl derselben gewöhnlich nicht mehr als zwei. In grofszelligen Carcinomen zählt man häufig 3—4, des öfteren auch 5 und mehr Kernkörperchen, und diese erreichen manchmal die Gröfse ungefähr eines Drittels von einem roten Blutkörperchen. Sie sind rund, oval oder unregelmäfsig polyedrisch mit abgerundeten Winkeln. Ich glaube, dafs man blofs diese rundlichen

Formen als sichere Nukleolen anerkennen kann. Die andersgeformten, balken-, spindel-, wetzsteinförmigen etc., Chromatingebilde, welche KLEBS ebenfalls zu den Nukleolen rechnete, müssen meiner Ansicht nach von diesen unterschieden werden. Von den eben erwähnten Gebilden soll noch weiter unten die Rede sein. Hier will ich blofs das eine noch erwähnen, dafs es manchmal gelingt, die rundlichen Nukleolen anders zu färben als die Chromatinbalken. In Schnitten von PAGETS disease (Sublimat-Fixierung), welche mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt waren, sah ich die runden Nukleolen mit rötlichem Schimmer gefärbt, während die Chromatinbalken dunkelblau waren (s. Fig. 1 e e'). Um die Nukleolen herum bemerkt man einen hellen Hof, welcher — wie man bei gröfseren Exemplaren sehen kann — allmählich in eine äufsere glänzende Zone des stark lichtbrechenden Kernkörperchens übergeht und bei Bewegung der Schraube bald gröfser, bald kleiner erscheint. Viel seltener kann man im Nucleolus selbst ein helles Fleckchen oder Bläschen bemerken. Beide letztere Phaenomena sind auch bei Nukleolen normaler Gewebe längst beobachtet und das erstere — der helle Hof um den Nucleolus — von FLEMMING[2] als Lichtbrechungserscheinung von seite des runden, glänzenden Kernkörperchens aufgefafst worden.

Bei gewissen Veränderungen des Krebszellenkernes wächst der Nucleolus oft und erreicht die Gröfse eines halben roten Blutkörperchens, oder übertrifft auch dieselbe. Dies geschieht insbesondere in hydropischen oder verhornenden Zellen. Die chromatische Substanz des Kernes verliert dann vollkommen ihre Färbbarkeit, sie verschwindet, und der vergröfserte Nucleolus (gewöhnlich blofs einer) befindet sich nun in dem zu einer hellen Blase umgewandelten Kerne. Blofs die Kernmembran behält eine Zeit lang einen geringen Grad von Färbbarkeit und erscheint dann als blafs gefärbter Saum des hellen Bläschens. Wie schon erwähnt, sehen wir in den betreffenden Kernen keine Spur des Chromatingebälkes, in hydropischen Kernen jedoch auch oft farblose Bälkchen und Körnchen. Bei weiterem Fortschreiten des Degenerationsprozesses färben sich auch die weiter anschwellenden Nukleolen schwächer und endlich gar nicht (s. Fig. 2).

Die Chromatinsubstanz ist in den Krebszellenkernen reichlicher enthalten. Ganz besonders chromatinreich sind die Kerne grofszelliger Carcinome, hauptsächlich in den Zellen der äufseren Reihen der Krebszapfen. Das Chromatin bildet in denselben ein unregelmäfsiges, gröberes oder feineres Balken- oder Netzwerk, in welchem sehr häufig neben den Nukleolen verschieden geformte Verdickungen des Chromatingerüstes enthalten sind. Diese Verdickungen haben die Form mehr oder minder gebogener Stäbchen, oder sie sind spindelförmig, lanzenförmig, wetzstein-

[2] Zellsubstanz, Kern- und Zellteilung. 1882. S. 152.

förmig oder unregelmäfsig. Die Zahl dieser Chromatinklumpen nimmt unter gewissen Verhältnissen in den Zellen zu. Es verliert sich dann nämlich das feinere Chromatingewebe, und der etwas vergröfserte Kern ist mit den erwähnten Chromatinklümpchen erfüllt (s. Fig. 3). In Fig. 4 ist ein Teil des Kernes noch mit dem normalen Gerüstwerk versehen, während in dem gröfseren, hellen Teile neben den Chromatinklumpen blofs wenige Reste des ursprünglichen Chromatingebälkes übrig geblieben sind.

Eine andere Kernveränderung, welche man in Carcinomen — aber auch in anderen Geschwülsten (s. Figg. 7 und 11) — beobachten kann, ist folgende: Die Balken der Chromatinsubstanz verquellen sozusagen ineinander, so dafs sich der Kern in toto färbt (s. Fig. 5 a und b). Anfangs sieht man noch Reste des ursprünglichen Chromatingebälkes durchschimmern (s. Fig. 6 a), endlich färbt sich aber der ganze Kern gleichmäfsig und intensiv. Bald sieht man an dem intensiv gefärbten Kerne einzelne Vorbuckelungen, oder hellere Furchen, oder helle Einbuchtungen (s. Fig. 5 c, d, e, f, g), und endlich zerfällt derselbe in viele kugel- oder spindelförmige, oder unregelmäfsige Stückchen, wodurch oft ganz sporencystenartige Bilder entstehen (s. Fig. 5 h, i, k, l, Fig. 7, Fig. 8 a, b). Manchmal sind diese Bruchteile noch von der blassen Kernmembran umhüllt (s. Fig. 5 k), gewöhnlich ist aber auch von dieser nichts mehr zu sehen; auch diese wurde zersprengt, und die intensiv gefärbten Bruchteile liegen frei im Zellprotoplasma. Das letztere ist gewöhnlich in homogener Umwandlung begriffen oder hydropisch manchmal auch fettig entartet und nicht färbbar. Sehr selten habe ich solche Zellen geplatzt und die chromatischen Kügelchen zwischen den benachbarten Gewebszellen liegen gesehen. Gewöhnlich büfsen aber diese Kernfragmente in den degenerierten Zellen an Färbbarkeit ein, entweder, indem sie in toto blasser werden, oder, indem in denselben, gewöhnlich excentrisch gelagerte, helle Flecken oder Bläschen auftreten, welche immer mehr an Umfang zunehmen, die chromatische Substanz auf einen schmalen Streif an ihrer Peripherie reduzieren und endlich das ganze Chromatinkügelchen einnehmen (s. Fig. 10 a, b, c). Der schmale Chromatinstreif in Fig. 10 c unten scheint anzudeuten, dafs sie auch platzen können. Jedenfalls verflüssigen sie endlich in hydropischen Zellen, entfärben sich und verschmelzen mit der übrigen Zellmasse in hyalinen Zellen. Durch die eben beschriebene Veränderung der Chromatinsubstanz entwickeln sich auch sichel- oder navicellenförmige Figuren.

Eine Abart dieser Chromatinmetamorphose ist es, wenn ein Teil des Chromatins sich als wurmförmiges oder sichelförmiges Gebilde an die Kernwand zieht (s. Fig. 9 b, c, Fig. 11). Auch hier kann die Kernmembran schwinden, und die Chromatingebilde können sich in das veränderte Zellprotoplasma lagern (s. Fig. 9 b).

Bevor ich in der Beschreibung der Kernmetamorphosen an den Krebszellen fortfahre, muſs ich noch erwähnen, daſs ähnliche Erscheinungen, wie die zuletzt beschriebenen, d. h. die Bildung verschieden geformter und intensiv gefärbter Stücke aus dem Kernchromatin auch an Kernen in mitotischer Teilung aufzutreten scheinen. So glaube ich wenigstens jene Befunde erklären zu müssen, bei welchen die Zahl der einzelnen Chromatinstücke eine auffallend groſse war, und bei welchen einzelne sogar noch die Schleifenform behalten hatten (s. Fig. 3). Auch war es mir aufgefallen, daſs die Zersprengung des Kernes in eine Anzahl kleinerer Kugeln besonders in solchen Schnitten zu beobachten war, in welchen die Mitosen in gröſserer Menge vorhanden waren.

Ich wende mich jetzt zu anderen Arten der Kernmetamorphose. Bei den bisherigen hatte ich den Eindruck gewonnen, daſs sich das Kernchromatin vermehrt. In dieser Weise erklärte ich mir die intensive und diffuse Färbbarkeit der Kerne, resp. die groſse Anzahl der sich aus dem Kerne bildenden, intensiv färbbaren Chromatinstücke. Bei den nun folgenden Formen wird der Kern blasser und zwar entweder in toto mit Ausnahme des intensiv gefärbten Nucleolus (dies sehen wir an verhornenden Krebszellen, deren Kern bläschenförmig und hell ist — s. Fig. 25), oder nur ein Teil des Kernes wird hell, blaſs, homogen, bläschenförmig. Dieses Bläschen, die Vakuole, tritt zumeist an irgend einer Stelle der Kernperipherie, manchmal auch an mehr central gelegenen Stellen auf und vergröſsert sich allmählich, indem es den gefärbten Teil des Kernes zurückdrängt und komprimiert. Endlich bleibt nur ein schmaler Streifen der chromatischen Substanz übrig, welcher kappenförmig auf der Vakuole sitzt (s. Fig. 1 a, b, c, d, Fig. 12 a, b).

Ähnliche Vakuolen — und hiermit wenden wir uns zu einigen uns hier interessierenden Veränderungen des Zellleibes der Krebszelle — kommen auch im Zellprotoplasma vor (s. Fig. 13); man sieht sogar manchmal neben der Kernvakuole noch eine oder mehrere Vakuolen im Zellleib (s. Fig. 14). Gewöhnlich finden wir diese Vakuolen hell und leer; sie können aber verschiedene Gebilde enthalten. So können Chromatinpartikel, nicht ganz verflüssigte Protoplasmaflöckchen (s. Fig. 15), weiſse und rote Blutzellen oder deren Derivate (Kerne, Detritus) — s. Fig. 12 d, Fig. 16 a, Fig. 17 a, b, Fig. 18 — in ihnen enthalten sein. In Vakuolen, welche sich in Riesenzellen gebildet haben, können selbst mehrere Kerne der letzteren Platz nehmen (s. Fig. 19). Manchmal hellt sich das Protoplasma rund um den Kern herum auf, der dann in einer Vakuole enthalten zu sein scheint (s. Fig. 20).

Andere Metamorphosen des Zellleibes der Krebszellen sind schon des öfteren umständlich beschrieben worden. So haben Kiener, Borrel, Ribbert, Nöggerath und andere ihre Aufmerksamkeit jener homogenen

Umwandlung der Krebszelle zugewendet, welche dieselbe zumeist inmitten zwiebelschalenförmig gelagerter, flacher Krebszellen erleidet. Nach meinen Erfahrungen geschieht diese homogene Umwandlung der Krebszelle in der von RIBBERT[3] angegebenen Weise.

Die „eingeschachtelte" Zelle (RIBBERT) ist nicht immer von „kugelschalenartig" umgeformten Krebszellen umgeben, sondern oft, wie auch RIBBERT erwähnt, von einer protoplasmatischen Zelle umfafst. Gewöhnlich ist in dem letzteren Falle die umfassende Zelle bedeutend gröfser, als die degenerierende, zuweilen ist sie in mitotischer Teilung begriffen (s. Fig. 21). Die eingeschachtelte Zelle nimmt vorerst eine mehr rundliche Form an, zeigt auch sehr häufig einen sehr feinen Strahlenkranz, welcher später verschwindet, und ihr Protoplasma wird etwas glänzender. Der Glanz wird im weiteren Verlaufe der Degeneration intensiver, und die Färbfähigkeit der Zelle ändert sich, indem dieselbe in FLEMMINGscher Lösung einen schmutzig-braunen Teint annimmt, durch Hämatoxylin und Safranin (dünne Lösungen, 24stündige Färbung) intensiver gefärbt wird. Diese intensivere Färbungsfähigkeit kann auch wieder abhanden kommen. Dabei ist die Krebszelle kleiner geworden, wodurch zwischen ihr und den benachbarten Zellen ein heller Spalt entsteht. Der Kern der Zelle verhält sich verschieden. In manchen Fällen wird er heller, seine Chromatinsubstanz verschwindet, und in dem hellen Bläschen, welches seine Stelle einnimmt, ist blofs ein gequollener Nucleolus, oder auch dieser nicht mehr sichtbar. Ein anderes Mal verwandelt er sich in einen homogenen, intensiv gefärbten Klumpen, oder er verschmilzt mit dem homogen und weniger durchsichtig gewordenen Zellprotoplasma, wobei eine Zeit lang seine Konturen durch das Zellprotoplasma durchschimmern.

Oft sind auch mehrere Zellen eingeschachtelt, wobei aber blofs eine oder zwei von runder Form sind, während die Form der übrigen unregelmäfsig, von der Lagerung gegeneinander bedingt ist (s. Fig. 22). Die Zellgrenzen der enge aneinandergelagerten Zellen können stark verwaschen sein. An den runden Zellen des eingeschachtelten Nestes ist gewöhnlich ein von dem der übrigen Zellen verschiedener Grad der Degeneration sichtbar, am häufigsten wohl der, dafs die runden sich intensiver färben, oder dafs sie mit einem Strahlenkranze versehen sind, welch letzterer aber aus viel kürzeren und gröberen Stacheln besteht, als bei den solitär eingeschachtelten Krebszellen. Zwischen den Zellen des eingeschlossenen Nestes sind häufig Wanderzellen mit fragmentierten Kernen sichtbar.

Eine ähnliche Umwandlung der Krebszellen, nämlich ein Glänzendwerden des Zellprotoplasmas mit intensiver Tinktionsfähigkeit des homogen gewordenen Kernes, fanden wir auch an Krebszellen, welche zerstreut im

[3] Über Einschlüsse im Epithel bei Carcinom. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 42. S. 1179.

Krebsgewebe liegen, ohne dafs dieselben, sei es von einer grofsen Zelle oder von „kugelschalenartig“ geschichteten Zellen umgeben wären. Der Kern solcher Zellen kann auch in mehrere kleinere Chromatinkugeln zerfallen sein oder an Tinktionsfähigkeit wieder eingebüfst haben (s. Fig. 23a). Auch Wanderzellen können in ähnlich veränderten Zellen Platz nehmen (s. Fig. 23 b).

Ich will hier noch einige Worte von den hyalinen Klumpen (s. Fig. 24 a) anfügen, welche zwischen den Krebszellen vorkommen. Ein Teil derselben zumindest scheint ebenfalls aus Krebszellen hervorzugehen. Dieselben werden homogen, rund, oval oder auch unregelmäfsig geformt, immer jedoch mit ziemlich abgerundeten Grenzkonturen; ihre Färbbarkeit ist zumeist wenig von dem des Protoplasmas der unveränderten Krebszellen verschieden, ihr Kern verschwunden. In Fig. 24 b habe ich eine Zelle mit mitotischer Kernfigur am Anfang dieser hyalinen Umwandlung abgebildet. Im gewucherten Epithelüberzuge einer faustgrofsen sarkomatösen Geschwulst mit spindelförmigen Sarkomzellen des behaarten Kopfes habe ich ähnliche Klumpen ziemlich häufig zwischen den Epithelien liegen gesehen und Übergangsformen zwischen diesen und dem unveränderten Epithel häufiger konstatieren können. Das sarkomatöse Gewebe war zum Teil ebenfalls in hyaliner Umwandlung begriffen, zum Teil verkalkt.

Ich habe schon weiter oben erwähnt, dafs weifse und rote Blutzellen den Inhalt von im Zellprotoplasma enthaltenen oder aus dem Kerne entstandenen Vakuolen bilden können. Dieselben können aber auch frei im Zellprotoplasma liegen, ohne dafs um dieselben ein heller Hof entstünde. (Fig. 12 e.) Bei weifsen Blutkörperchen pflegt es zu geschehen, dafs ihr Protoplasma sich vollkommen aufhellt, verflüssigt und die Färbbarkeit vollkommen verliert. Es gewinnt dann den Anschein, als lägen die fragmentierten Kerne derselben, oder die aus den letzteren hervorgegangenen Chromatinpartikelchen in einer Vakuole der Krebszelle frei. (S. Fig. 12 c.) Verschmilzt das Protoplasma der weifsen Blutzelle mit dem der Krebszelle, dann entstehen häufig sehr schwer deutbare Bilder; man sieht nun intensiv gefärbte Körperchen — die Kerne der weifsen Blutzellen oder deren Derivate — frei im Protoplasma liegen.

Die roten Blutzellen können einzeln oder zu mehreren in einer Vakuole liegen; ebenso finden wir sie manchmal im Zellprotoplasma. Es ist nun hervorzuheben, dafs die Blutzellen manchmal, besonders in Präparaten aus Flemmingscher Flüssigkeit, den Farbstoff (Safranin) aufnehmen können. Es können dann entweder die ganze rote Blutzelle, oder ihr Rand, oder einzelne Flecke in ihrem Innern rot gefärbt erscheinen, welche Färbungen leicht zu Mifsdeutungen Anlafs geben. (S. Fig. 17 a, b.) Diese Färbungen scheinen ganz vom Zufalle abhängig zu sein.

Ich mufs hier noch kurz erwähnen, dafs der von Klebs „Intus-

susception" genannte, auch von STROEBE[4] beschriebene Prozefs, wie dies schon von beiden genannten Autoren geschehen ist, von dem eben beschriebenen Eindringen der weifsen Blutkörperchen in die Krebszelle unterschieden werden mufs. Bei der Intussusception treten die weifsen Blutkörperchen in grofser Anzahl in absterbende Krebszellen ein, die sie bald ganz erfüllen. Geschieht dies in vielen benachbarten Zellen, dann entsteht ein Netzwerk, dessen Maschenräume mit weifsen Blutkörperchen erfüllt sind. Auf diese Weise entstehen jene zumeist kugelrunden Herde von weifsen Blutkörperchen, welche in den Krebszellennestern beobachtet worden sind.

Dies sind — mit Ausnahme einiger noch später zu erwähnenden — die Befunde, welche ich beim Carcinom und zum Teile auch bei der PAGETschen Krankheit gemacht habe, und diese scheinen jenen Bildern zu entsprechen, welche von verschiedenen Autoren als parasitäre, tierische Organismen gedeutet wurden. Dafs ich nicht diese Auffassung teile, ist schon aus dem vorausgegangenen Texte ersichtlich. Ich habe in demselben — um es kurz zusammenzufassen — verschiedene Arten von Kernveränderungen beschrieben, bei welchen es entweder unter Verschwinden des feineren Kerngerüstes zur Bildung von verschieden geformten Chromatinbälkchen kommt, oder bei welchen der Kern sich in ein intensiv und diffus gefärbtes Gebilde umwandelt, welches dann in eine Anzahl kleiner Kugeln und Klümpchen zerfällt. Ich habe des weiteren Kernveränderungen beschrieben, bei welchen die chromatische Substanz des Kernes gleich von Anfang an verschwindet, oder ein Teil des Kernes sich in ein helles Bläschen umwandelt. Ich habe von gewissen Eigentümlichkeiten der Nukleolen der Krebszellen, ihre Gröfse und Zahl anlangend, gesprochen. Ich habe die homogene Umwandlung der „eingeschachtelten Zellen" erwähnt, die Abstammung eines Teiles wenigstens der hyalinen Klumpen aus Krebszellen nachzuweisen getrachtet, die vakuoläre Umwandlung des Protoplasmas in den Krebszellen beschrieben und endlich den Einschlufs roter und weifser Blutzellen oder von deren Derivaten im Krebszellenprotoplasma oder in Vakuolen erwähnt.

Veränderungen, welche den oben bei Krebszellenkernen beschriebenen analog sind, wurden schon früher beschrieben. Die Arbeiten, in welchen dies geschehen ist, hat auch schon STROEBE citiert. PFITZNER[5] beschreibt sogenannte senile Veränderungen des Epithels, d. h. Kerndegenerationen bei der Verhornung, und zwar zwei Arten derselben. Die eine besteht darin, dafs die Substanz des Chromatins zu Grunde geht, indem dasselbe immer schwächer lichtbrechend und weniger färbbar wird; die andere darin, dafs

[4] Celluläre Vorgänge und Erscheinungen in Geschwülsten. *Zieglers Beiträge zur patholog. Anatomie etc.* 1891. Bd. XI.

[5] Zur pathologischen Anatomie des Zellkernes. *Virchows Archiv.* Bd. 103. 1886. S. 275.

hauptsächlich die Form des chromatischen Kernbestandteiles sich ändert, indem das feine, komplizierte Gerüstwerk desselben zu gröberen, massiven Abschnitten zusammenfliefst und schliefslich in getrennte Klumpen zerfällt. Die letztere Form der Dekonstitution des Kernes nennt er eine „morphologische", die erstere „chemische".[6] Dieselben Degenerationsformen als Altersveränderungen hat PFITZNER auch bei Leukocyten, des weiteren an den Epithelkernen in der Nähe von Wundrändern, die bläschenförmige, chemische Degeneration auch in Krebsperlen flacher Hautcarcinome gesehen. Wichtig für die uns beschäftigende Frage ist des weiteren die Beobachtung, die PFITZNER an der Salamanderblutzelle gemacht hat. Die Nukleolen der Salamanderblutzelle werden nämlich während der Degeneration der letzteren auffallend grofs. Dies hat übrigens PFITZNER auch an anderen Orten mit Altersveränderungen zusammengehen gesehen.

ARNOLD[7] beschrieb dieselben Veränderungen des Kernes bei den Leukocyten. Unter dem Namen einfacher Kernschwund erwähnt er diejenige Form der Degeneration des Kernes, bei welcher der letztere sich in ein helles Bläschen umwandelt. Diese ist manchmal mit hydropischer Blähung verbunden. Die zweite Form nennt er nukleäre Degeneration. Bei dieser kommt es zum Kernschwund unter vorangehender chromatischer Umordnung im Gerüste oder an der Kernwand. In Fig. 30, in welcher er Beispiele dieser Degenerationsform abgebildet hat, finden wir manche der von uns oben besprochenen Bilder und aufserdem noch viel mannigfaltigere.

Von Wichtigkeit sind hier noch — wie ich glaube — die Bilder, welche CORNIL[8] in einem Epitheliom beschreibt, wichtig, weil einzelne Figuren neben einem sich teilenden oder ins Ruhestadium gelangten Kern mehrere Chromatinklümpchen oder -Fädchen, oft von einem hellen Hofe umgeben zeigen, unter Verhältnissen, wo der Vergleich mit den benachbarten, in reger Teilung begriffenen Zellen an der Chromatinnatur dieser Gebilde keinen Zweifel aufkommen läfst.

Nach dem Vergleich der von mir beschriebenen Kernveränderungen mit dem von PFITZNER und ARNOLD vorgebrachten kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, dafs wir es auch bei diesen Bildern der Krebskerne mit Degenerationen zu thun haben. Es bleibt also nur noch zu

---

[6] Zu der letzteren ist meiner Meinung nach auch die „vakuoläre" Umwandlung des Kernes zu rechnen, bei welcher ja auch der gröfste Teil desselben sich aufhellt und die chromatische Substanz auf einen immer dünneren Grenzstreifen reduziert wird. Auch diese Form der Altersdegeneration sehen wir schon im normalen Epithel der Epidermis. Es handelt sich hier wahrscheinlich, so wie bei den Vakuolen des Zellleibes, um eine hydropische Erscheinung.

[7] *Archiv f. mikrosk. Anatomie.*

[8] Mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithéliome. *Journ. de l'anatomie et de la physiologie etc.* 1891. XXVII. No. 2. Mars-Avril.

untersuchen, inwiefern die intranukleären Befunde anderer Autoren auf dieselbe Erklärung zurückzuführen sind.

Was nun die von THOMA[9] beschriebenen, später auch von HEUKELOM[10] erwähnten Gebilde anbelangt, so ist darüber kaum ein Zweifel möglich, dafs diese nichts anderes als PFITZNERS morphologische Dekonstitution des Kernes, d. h. ARNOLDS nukleäre Degeneration darstellen. Er beschreibt sie als intranukleär gelegene Körperchen von runder, ovaler, unregelmäfsiger oder wetzsteinartiger Form und starkem Lichtbrechungsvermögen. Sie kommen einzeln oder zu 4 bis 6 in einem Kerne vor, welcher gewöhnlich blasenförmig und schlecht färbbar ist. Manchmal sah er auch intranukleär gelegene, feinkörnige oder homogene, stark glänzende Kugeln. Diese Beschreibung pafst bis hierher beinahe vollständig auf die Formen der nukleären Degeneration, welche ich im vorangehenden Texte gegeben und auch abgebildet habe. Nun giebt aber THOMA an, dafs er an diesen Körpern Protoplasma und Kern, zuweilen auch ein Kernkörperchen gesehen habe. Ich habe nichts dergleichen gesehen, glaube aber, dafs sich dieser Gegensatz vielleicht durch die Erklärung beseitigen läfst, dafs THOMA möglicherweise den hellen Hof, der oft diese glänzenden Gebilde umgiebt, als zu diesen Körperchen gehörig ansah. Auch haben wir gesehen, dafs bei der weiteren Degeneration diese Körper an gleichmäfsiger Färbung einbüfsen; es treten helle Flecken in ihnen auf. Möglicherweise lieferten solche Bilder den Grund zu obiger Beschreibung THOMAS. SJÖBRING[11] hat neben den erwähnten Produkten der nukleären Degeneration ganz gewifs auch Nukleolen als parasitäre Organismen beschrieben. Was die ersteren anlangt, so fand er dieselben oft in vorgeschrittener Degeneration; sie färbten sich dann nur zum Teile mit Hämatoxylin, im übrigen mit Eosin. Dafs er aber auch Nukleolen als Parasiten beschrieben hat, geht daraus hervor, dafs er wegen der Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen diesen Gebilden und den Nukleolen das entscheidende Gewicht auf die Konstatierung eines hellen Hofes um die fraglichen Gebilde legte. Ich habe aber schon früher darauf hingewiesen, dafs ein solcher Hof um die Nukleolen normaler Zellen schon längst beobachtet und beschrieben wurde. SJÖBRING ist der Meinung, dafs die von ihm beobachteten intranukleären Gebilde mit den THOMAschen identisch seien. Auch er sah nie einen Kern in ihnen. Ebensowenig STROEBE[12], der, so wie ich, die Meinung hegt, dafs die THOMAschen Körperchen mit den Gebilden, welche PFITZNER und ARNOLD bei der Kerndegeneration beschrieben haben, identisch seien. Als solche — nämlich als Degeneration — beschreibt

---

[9] *Fortschritte der Medizin.* 1889.
[10] *Centralblatt f. allg. Path. etc. von Ziegler.* 1890. S. 704.
[11] *Fortschritte der Medizin.* 1890. VIII. 14. S. 529.
[12] L. c.

Stroebe die auch von mir erwähnten unregelmäfsigen, wetzstein-, navicellen- oder lanzettförmigen Gebilde, welche im weiteren Verlaufe der Degeneration frei im Zellleibe, inmitten einer verdichteten Protoplasmazone zu liegen kommen. Stroebe war es sogar gelungen, neben dem degenerirten Kerne in derselben Zelle auch eine karyokinetische Figur zu beobachten. Er geht aber später doch von dieser Erklärung ab; zumindest giebt er die Möglichkeit zu, es doch mit parasitären Gebilden zu thun gehabt zu haben. Er hat nämlich auch eiförmige, helle Bläschen gesehen, welche an ihren beiden Polen durch je eine scharf rot gefärbte Schale von der Form einer Kugelhaube begrenzt waren. Diese lagen intranukleär, oder im Protoplasma, oft auch zu mehreren in einer Vakuole. Da ihm die Deutung dieser Gebilde als Leukocyten, oder rote Blutzellen, oder Degenerationsprodukte mifsglückte, versuchte er eine Erklärung derselben als Krebsparasiten und stellte sie nun mit den lanzettförmigen etc. Körperchen zu einer Entwickelungsreihe eines Parasiten zusammen. Ich habe schon in meinem oben citierten referierenden Artikel die Vermutung ausgesprochen, dafs es sich bei den zuletzt erwähnten runden Gebilden möglicherweise um Chromatintropfen handeln möchte, die an Färbbarkeit eingebüfst haben. Ich habe zur Stütze dieser Ansicht hauptsächlich die Befunde Steinhaus'[18] angeführt, welcher intranukleäre Vakuolen mit verschieden gestaltetem Chromatininhalt beschreibt, des weiteren Befunde desselben Autors, bei welchen er in protoplasmatischen Kugeln, welche im Zellleib lagen, Chromatininhalt von verschiedener Form konstatierte. Diese Chromatinkörper waren zumeist kugelig, aber auch halbmondförmig, oder komma-, bogen- und ringförmig, oder sie lagen an beiden Polen der Einschlüsse wie Kreissegmente. An diesen Chromatineinschlüssen bemerkte Steinhaus Differenzen in der Färbungsintensität. Diese letztere Angabe führte ich zu Gunsten eines weiteren Degenerationsvorganges an den Chromatinpartikelchen mit Verminderung ihrer Färbungsfähigkeit an.

Wir haben uns im Laufe der vorausgegangenen Auseinandersetzungen davon überzeugt, dafs die „morphologische Dekonstitution" (Pfitzner), die „nukleäre Degeneration" (Arnold) sowohl zur Bildung von wetzstein-, spindel- und lanzettförmigen etc., als auch kugeligen Chromatinklümpchen führt, dafs diese in Vakuolen des Kernes enthalten sein, oder endlich frei im Zellprotoplasma liegen können. Fig. 10 a, b, c zeigen des weiteren, wie die Chromatintropfen weitere Veränderungen eingehen, d. h., wie helle Flecken in ihnen auftreten. Ich kann daher heute meine vorher nur vermutungsweise ausgesprochene Ansicht mit gröfserer Zuversicht vertreten. Ich glaube, dafs die von Stroebe beschriebenen kugeligen Gebilde Chromatintropfen in vorgeschrittener Degeneration sind.

---

[18] *Virchows Archiv.* 1891. Bd. CXXVI.

Ganz unzweifelhaft haben PODWYSSOCKY und SAWTSCHENKO[14] zum Teil ähnliche Bilder als Grundlage ihrer Beschreibung vorgelegen. Man vergleiche doch ihre Figuren mit einzelnen der Gruppe 5 von unserer Tafel, des weiteren mit 8 b, 9 b und c, 10 a, b, c und Fig. 11. Ich habe in meinem schon erwähnten Artikel von den neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut der Meinung Ausdruck verliehen, dafs die parasitären Organismen der genannten Autoren Gebilde verschiedener Herkunft, rote und weifse Blutkörperchen, von Mitosen abgesprengte Körnchen und Schleifen darstellen. Dafs selbst neben zur Ruhe gelangten Kernen ähnliche Chromatinkörper im Zellprotoplasma liegen können, hat CORNIL nachgewiesen.[15] Solche Chromatinkörner können, wie schon erwähnt, von einem hellen Hofe umgeben sein. Meine Annahme ist daher bei dem Befunde kleinerer Chromatineinschlüsse mit oder ohne hellen Hof nicht leicht von der Hand zu weisen, besonders bei Zellen mit mitotischem Kerne. Ein Teil der Gebilde PODWYSSOCKYS und SAWTSCHENKOS mag also wirklich solchen abgesprengten Chromatinbröckchen seinen Ursprung verdanken; ein anderer scheint — wie ich a. a. O. ausgeführt habe — roten Blutzellen zu entsprechen. Die meisten sind — wie der Vergleich mit meinen Figuren lehrt — nichts anderes, als Produkte der nukleären Degeneration, und zwar hauptsächlich in weifsen Blutkörperchen. In meiner Figur 10a sind sogar zwei Chromatinbälkchen enthalten, welche, beinahe vollkommen entfärbt, an ihren Enden kernartige Körperchen zu enthalten scheinen, was von PODWYSSOCKY und SAWTSCHENKO bei ihren Gebilden deshalb mit besonderem Nachdruck hervorgehoben wurde, weil dies für die sichelförmigen Keime der Coccidien charakteristisch ist und auch für den Caryophagus Salamandrae von STEINHAUS beschrieben wurde. (Vergl. diese mit Fig. 25 P. u. S.) Ich will übrigens hier nochmals darauf hinweisen, dafs EBERTH[16] die Auffassung, welche STEINHAUS von dem fraglichen Schmarotzer des Salamanders hegt, zurückgewiesen hat.

Was die „eingeschachtelten" Zellen und diejenigen, welche sich ganz so wie die ersteren verhalten, jedoch zerstreut im Krebsgewebe vorkommen, anbelangt, so ist mein Standpunkt ihnen gegenüber aus dem früher Vorgetragenen deutlich ersichtlich. Ich halte sie für das Produkt einer homogenen Degeneration der Krebszellen. Ebenso verdankt zumindest ein Teil der hyalinen Klumpen meiner Meinung nach seinen Ursprung einer hyalinen Degeneration der Krebszellen.

Dafs in Krebszellen oder in deren Vakuolen enthaltene rote und weifse Blutzellen Anlafs zu Irrtümern geben, d. h. zur Annahme von tierischen Parasiten verleiten können, ist schon von verschiedenen Seiten

[14] *Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenk.* 1892. XI. No. 16, 17, 18.
[15] L. c.
[16] *Fortschritte der Medizin.* 1890. VIII. No. 17. S. 657.

dargelegt worden. Bei den weifsen Blutzellen ist der Irrtum, wie dies schon von STROEBE hervorgehoben wurde, besonders dann leicht, wenn dieselben degenerieren und zerfallen.

SJÖBRING hat, wie ich schon a. a. O. dargelegt habe, bei der Beschreibung seines Krebsparasiten Gebilde verschiedener Bedeutung — Nukleolen, Chromatinklümpchen, degenerierte Krebszellen, Wanderzellen — in eine Reihe gebracht. Unter ihnen beschrieb er auch gewisse Bilder als Sporencysten. Nun hat aber NÖGGERATH[17] an Präparaten SJÖBRINGS selbst den Nachweis geliefert, dafs jene Cysten degenerierende, miteinander versinternde Zellen seien, die mit hyalinen Höfen umgebenen Sporen aber von den Kernen dieser Zellen gebildet werden. In Fig. 25 habe ich eine solche „Sporencyste" aus einem Epithelialcarcinom der Nase abgebildet. Wir sehen da aufgehellte Kerne mit vergrölserten Nukleolen; die Grenzen der diese Nukleolen enthaltenden Zellen sind verwaschen. Die benachbarten Epithelien sind flach gedrückt. Einen anderen Entstehungsmodus hat RIBBERT beschrieben. Es können nämlich auch Riesenzellen mit degenerierenden Kernen ähnliche Bilder produzieren. In Fig. 12 f. ist eine vierkernige Epithelzelle aus einem Schnitte von PAGETS disease abgebildet. Bei weiterer Aufhellung des Kernbläschens unter Persistenz von Nukleolen oder Chromatinbälkchen könnten auch aus dieser die SJÖBRINGsche Sporencyste entstehen. Diese Zelle kann aber noch zu einem anderen Irrtume Anlafs geben. Drei der Kerne befinden sich schon in einem vorgeschrittenen Stadium der Degeneration, färben sich nicht mehr durch Hämatoxylin, sondern — verschieden von dem einen noch unveränderten Kerne — durch Eosin rot. Es könnte hierdurch der Eindruck erweckt werden, als hätten wir es mit fremden Einschlüssen der Zelle zu thun. Jedenfalls macht uns dieses Bild darauf aufmerksam, bei der Erklärung von Zelleinschlüssen auch nach diesem Entstehungsmodus zu forschen.

Bevor ich schliefse, will ich noch einige Worte über die PAGETsche Krankheit insbesondere anschliefsen. Viele der bisher beschriebenen Befunde liefsen sich auch bei dieser nachweisen, und manche der bisher angeführten Abbildungen stammen von dem Falle PAGETscher Krankheit, welchen ich zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ich beabsichtige nicht, hier eine detaillierte Beschreibung der Gewebsveränderungen bei der PAGETschen Erkrankung zu geben. Der Hauptsache nach decken sich meine Befunde mit denen von WICKHAM[18] und KARG[19]. Ich will hier blofs mit einigen Worten auf jene eigentümlichen Zellen eingehen, welche von DARIER und WICKHAM als die tierischen Schmarotzer der PAGETschen

---

[17] *Beiträge zur Struktur und Entwickelung des Carcinoms.* Wiesbaden. 1892.
[18] *Maladie de la peau dite maladie de Paget.* Paris. 1890.
[19] *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.* XXXIV. S. 133.

Krankheit aufgefaſst wurden. Es sind dies groſse Zellen von annähernd runder Form, welche einzeln oder in Gruppen und Reihen zwischen den normalen oder abgeflachten Retezellen liegen. Ihr Protoplasma ist hell, zumeist fein granuliert und färbt sich in Eosin blaſs-rot. Durch die geringere Färbbarkeit ihres Protoplasmas, ihre Gröſse und runde Gestalt fallen sie beim ersten Blick in das Mikroskop auf. Sie machen den Eindruck heller, einen dunklen, groſsen Körper (den Kern) enthaltender Blasen. Ihre Kerne sind gröſser, als die der normalen Stachelzellen, oft von ganz erstaunlicher Gröſse. (s. Fig. 26). Das Chromatin bildet in den Kernen ein bald feines, bald gröberes Balkenwerk und färbt sich dunkel. Die benachbarten Zellen werden durch die geblähten Zellen abgeflacht. Geschieht dies in stärkerem Maſse, dann scheinen die hellen Zellen wie von einer Schale umgeben. Manchmal liegt eine solche Zelle auch in einer Aushöhlung einer gröſseren Zelle (s. Fig. 16 b). Liegen mehrere helle Zellen nebeneinander, dann modifizieren sie durch gegenseitigen Druck ihre runde Gestalt. In diesen hellen Zellen sieht man überaus häufig Mitosen. Nicht selten sind es Kernteilungsfiguren mit einer überaus groſsen Anzahl von Schleifen (s. Fig. 12 g), oft auch mehrpolige Mitosen. Gerade die Riesenmitosen und pluripolaren Kernteilungsfiguren sind aber häufige Befunde in Carcinomen, und ich kann daher, gestützt auf diesen Umstand, sowie auf den Chromatinreichtum der hellen Zellen bei der PAGETschen Krankheit, der Meinung KARGS bloſs beipflichten, daſs die betreffenden Zellen schon „die ersten Carcinomzellen“ sind, und die PAGETsche Krankheit ein Carcinom sei, und zwar „die oberflächlichste, oder flachste Form des Carcinoms, die möglich ist.“

Wir haben den Chromatinreichtum der ruhenden Kerne, die rege Kernteilung, den Chromatinreichtum der Mitosen in den hellen Zellen darauf zurückgeführt, daſs in diesen Zellen sich die ersten Zeichen der carcinomatösen Wucherung offenbaren. Was ist jedoch die Bedeutung des hellen, blasenförmigen, gedunsenen Aussehens dieser Zellen? Die Erklärung dafür geben weitere Veränderungen, welche im Epithel sichtbar sind. An vielen Stellen sehen wir nämlich neben den beschriebenen Zellen Veränderungen, welche nur auf die kolliquative Nekrose bezogen werden können. Es finden sich noch stärker geblähte Zellen mit ganz durchsichtigem, farblosem Protoplasma und mit einem Kerne versehen, dessen Chromatin sich zu einer fein gekörnten Masse umgewandelt hat und an eine Seite der Zelle gedrückt ist. Das Kernchromatin löst sich dann in der Form einzelner Körnchen im Zellinhalt auf und verschwindet endlich. Die Zelle selbst platzt endlich, und mehrere benachbarte können sich in dieser Weise zu einer groſsen Lakune vereinigen, welche Chromatinkörnchen und eventuell auch weiſse Blutkörperchen in verschiedener Anzahl enthält. Solche Zellen sind in Fig. 27 abgebildet.

Manchmal findet man grofse Reihen von Zellen, welche mit der Cutisoberfläche parallel gelagert sind, in ähnlicher Weise verflüssigt, so dafs sich im Epithel helle Gänge und Streifen zeigen. Die benachbarten Zellen sind flach gedrückt, die Papillaroberfläche z. B. oft anstatt von cylindrischen von flach-viereckigen Zellen bedeckt. Das helle, fein granulierte Protoplasma der grofskernigen Zellen ist also meiner Meinung nach als Imbibitionserscheinung aufzufassen. Das Epithel wird von seiten des entzündlich infiltrierten Coriums mit Lymphe überschwemmt und dies führt zur Kolliquation der Epithelzellen. Dies mag auch den Grund dafür abgeben, dafs es trotz der regen Kernteilung erst spät zum Eindringen der carcinomatösen Wucherung in die Lederhaut kommt. In den späteren Stadien der PAGETschen Krankheit, wenn es schon zur Entwickelung eines typischen Carcinomes gekommen ist, habe ich ähnliche Zellen mit hellem Protoplasma nicht mehr gefunden.[20]

Diese Zellen wurden von WICKHAM als die Parasiten der PAGETschen Krankheit aufgefafst. Wie aus dem oben Dargelegten ersichtlich, kann ich diese Auffassung nicht teilen. Ich will hier noch zwei Punkte kurz berühren, welche insoweit von Interesse sind, als sie Argumente betreffen, welche zu Gunsten der parasitären Auffassung vorgebracht wurden. Der erste Punkt betrifft die Lage der hellen Zellen. Ich habe sie, im Gegensatze zu WICKHAM, nie intercellulär gesehen, höchstens — wie in Fig. 16 b — in einer Aushöhlung einer benachbarten Zelle. Der zweite Punkt betrifft die Retraktion des Zellprotoplasmas um den Kern, ein Umstand, welcher gegen die epitheliale und für die parasitäre Natur dieser Zellen von WICKHAM vorgebracht wurde. In Fig. 28 sehen wir eine eingeschlossene Zelle, bei welcher sich das Protoplasma um eine central gelagerte Mitose retrahiert hat. Es kann also hier kein Zweifel darüber herrschen, dafs wir es mit einer Epithelzelle zu thun haben, deren geblähtes, gedunsenes Protoplasma sich infolge der Wirkung der Härtungsflüssigkeit retrahiert hat. Bei schonenden Fixationsprozeduren geschieht aber diese Schrumpfung blofs ausnahmsweise.

Ich habe es unterlassen, in diesem Artikel die Litteratur der Frage von den Krebsparasiten zu besprechen. Ich verweise diesbezüglich auf die Arbeit STROEBES „Neuere Arbeiten über Histogenese und Ätiologie des Carcinoms." *Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat.* 1891. No. 10 u. 11 und meinen in diesen Blättern erschienenen Artikel „Die neueren Arbeiten über Psorospermien der Haut, III. Carcinom und PAGETS disease."

[20] Ich habe einige ähnliche Fälle noch zur Zeit untersucht, als ich Assistent am Institute des Herrn Dr. UNNA in Hamburg war.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Kerne aus Zellen bei Pagetscher Krankheit. Sublimatalkohol. Hämatoxylin-Eosin. Reichert Immers. 1/15. Okular 2. *a*, *b*, *c*, *d*: vakuoläre Degeneration der Kerne. *e*, *e'*: Nucleolus rötlich gefärbt, Kernchromatin blau.

Fig. 2. Carcinoma medullare mammae. Eingeschachtelte, absterbende Zelle mit zerfallenem Kerne. Der Kern der einen umschliefsenden Zelle hell, ihr Nucleolus kaum färbbar. (Karmin). Reichert Immers. 1/20. Okular 2.

Fig. 3. Carcinoma epitheliale mammae. Metastase in einer Lymphdrüse. Flemming-sche Lösung. Safranin. Reichert 1/15. Okular 3. Ausgez. Tubus. Aus der Nachbarschaft einer Riesenmitose. Degenerierte Riesenmitose.

Fig. 4. Carcinoma epitheliale mammae. Flemming. Safranin. Reichert Immers. 1/15. Okular 3. Chromatinbälkchen in einer helleren Partie des Kerns.

Fig. 5. Carcinoma medullare mammae. Flemming. Safranin. Reichert 1/20. Okular 2. Nukleäre Degeneration (Arnold) — morphologische Dekonstitution (Pfitzner) — des Kerns. In *k* die Kernmembran noch vorhanden.

Fig. 6. Carcinoma epitheliale pharyngis. Flemming. Safranin. Reichert 1/15. Ok. 3. Ausgez. Tubus. Dieselbe. Bei *a* schimmert das Kerngerüst noch durch; *b*: Kern diffus gefärbt, Protoplasma in Verfettung begriffen.

Fig. 7. Cystoma papillare metastaticum umbilici post cystoma papillare ovarii. Nukleäre Degeneration (Arnold). Safranin. Reichert 1/20. Okular 2.

Fig. 8. Carcinoma epitheliale labii inferioris. Flemming Safranin. Reichert 1/15. Okular 3. Ausgez. Tubus. Dieselbe.

Fig. 9. Carcinoma epitheliale tonsillae. Flemming. Safranin. Reichert 1/15. Ok. 3. Dieselbe. In *c* die Kernmembran noch vorhanden.

Fig. 10. Carcinoma gelatiniforme cystidis felleae. Alaunkarmin. Reichert 1/20. Okular 2. Dieselbe. In den Chromatinkugeln treten helle farblose Flecken auf, welche die chromatische Substanz substituieren. In *c* unten scheint eine Chromatinkugel geplatzt zu sein.

Fig. 11. Endothelkrebs vom Peritoneum. Safranin. Reichert 1/20. Okular 2. Nukleäre Degeneration (Arnold). Kernmembran noch vorhanden.

Fig. 12. Pagetsche Krankheit der Brustdrüse. Sublimatalkohol. Hämatoxylin-Eosin. *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*. Reichert 1/15. Okular 3. Ausgez. Tubus; *g*: Objekt 8, Okular 2. *a*, *b*: vakuoläre Degeneration des Kerns; *c*: Wanderzelle mit aufgehelltem Protoplasma und fragmentiertem Kern in einer Krebszelle; *d*: Wanderzelle in einer Vakuole der Krebszelle; *e*; Wanderzelle frei im Zellenprotoplasma; *f*: vierkernige Epithelzelle. Verschiedene Intensität der Färbung der Kerne; *g*: Riesenmitose in einer „hellen" Zelle.

Fig. 13. Carcinoma epitheliale labii superioris. Sublimatalkohol. Hämatoxylin-Eosin. Reichert 1/15. Okular 3. Vakuole in einer Riesenzelle.

Fig. 14. Dasselbe. Demarbaixsche Flüssigkeit. Safranin. Reichert 1/15. Okular 3 Kernvakuole nebst Vakuole im Protoplasma.

Fig. 15. Pagets disease. Alcohol absolutus. Reichert 1/15. Okular 3. Hämatoxylin. Vakuole mit Protoplasmaflöckchen.

Fig. 16. Pagets disease. Alcohol absolutus. Alaunkarmin. Reichert 1/15. Okular 3 *a*: Wanderzelle in einer Vakuole; *b*: „helle" Zelle mit Mitose in einer Aushöhlung einer grofskernigen Krebszelle.

Fig. 17. Carcinoma labii sup. FLEMMING. Safranin. *a*: Vakuole, zwei rote Blutzellen enthaltend, deren Rand gefärbt ist; *b*: Vakuole mit roten Blutzellen, von denen eine zwei rote Flecken enthält.

Fig. 18. Ulcus rodens faciei. FLEMMING. Safranin. REICHERT 1/15. Okular 3. Vakuole, welche eine weiſse Blutzelle enthält, deren Kern in nukleärer Degeneration begriffen ist.

Fig. 19. Carcinoma epitheliale labii superioris. Safranin. REICHERT 1/15. Okular 3. Riesenzelle mit Vakuole, welche drei Kerne der ersteren umschlieſst.

Fig. 20. Carcinoma epitheliale labii sup. DEMARBAIX. Safranin. REICHERT 1/15. Okular 3. Ausgez. Tubus. Hydropische Krebszelle und Kern.

Fig. 21. Carcinoma epitheliale pharyngis. FLEMMING. Fuchsin. REICHERT 1/15. Okular 3. Krebszelle mit Riesenmitose eine kleinere Zelle umgreifend.

Fig. 22. Dasselbe. Safranin. Eingeschachtelte Zellgruppe.

Fig. 23. Dasselbe. *a*: Zelle mit glänzendem Protoplasma und degenerierendem Kern. *b*: ebensolche Zelle, eine weiſse Blutzelle mit aufgehelltem Protoplasma enthaltend; *b'*: fragmentierter Kern einer weiſsen Blutzelle aus einem benachbarten Gefäſse.

Fig. 24. Carcinoma epitheliale labii sup. FLEMMING. Safranin. *a*: Hyaliner Klumpen zwischen Krebszellen. Es fanden sich durchschnittlich 1—2 solcher Klumpen in einem Präparate. Dieselben lagen nie zwischen den jungen, proliferierenden Zellen, häufiger zwischen Zellen, welche sich zu Globes épidermiques aneinander ordneten. Ihre Gestalt war oft unregelmäſsig; *b*: Krebszelle mit Mitose am Beginne hyaliner Umwandlung.

Fig. 25. Carcinoma epitheliale labii superioris. Safranin. Versinternde Zellen, deren Kerne in chemischer Dekonstitution (PFITZNER) begriffen sind. Nukleolen vergröſsert.

Fig. 26. PAGETsche Krankheit. Sublimatalkohol. Hämatoxylin. REICHERT 1/15. Okular 3. Ausgez. Tubus. Zellen mit chromatinreichen Kernen; eine mit Riesenkern.

Fig. 27. Dieselbe. Alcohol absolutus. Hämatoxylin. Kolliquierende Epithelzellen.

Fig. 28. Dieselbe. Sublimatalkohol. Hämatoxylin-Eosin. REICHERT 8. Okular 3. Eingeschachtelte „helle" Zelle mit Mitose und geschrumpftem Protoplasma.

Die Zeichnungen wurden zum gröſsten Teile mittelst des ABBÉschen Zeichenapparates entworfen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Fettkörper und Hautresorption, von AUBERT (Lyon). II. Internationaler, dermatologischer Kongrefs in Wien. A. unterscheidet zwei Arten des Eindringens von Fetten in die Haut: durch langsame Imbibition und durch Reibung; in ersterem Falle müssen die Fettkörper flüssig, im zweiten zähe sein. Die langsame Imbibition erfordert 2—5 Stunden; Axungia; Ochsenmark, Glycerin, Talg dringen rascher ein als Vaselin und Wachs; Lanolin dringt am langsamsten ein. Verschiedene Öle gaben dasselbe Resultat wie Axungia, Oleum ricini drang rascher ein als Oleum amygdal. dulcium, gekochtes Oleum lini. rascher als rohes (je ein Versuch!). — Bei der Einreibung wird umgekehrt Lanolin rascher resorbiert, da infolge der zähen Beschaffenheit desselben kleine Einrisse in der Haut entstehen, durch die es eindringt. Die Zähigkeit scheint durch das Cholesterin bedingt, doch Cholesterin und Ricinusöl geben einen ähnlichen Fettkörper. Lanolinähnliche Substanzen erhält man auch durch Eindickung mancher Fette und Syrupe, durch Mischen von Ricinusöl und Honig, Syrup und Honig. — Das leichtere Eindringen von Lanolin wird noch erklärt durch die „Mischbarkeit" desselben. Die Zähigkeit wird durch $^1/_{10}$—$^1/_5$ Vaselin oder Axungia vermindert resp. aufgehoben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut, von LEON KOPP. (*Gazeta lekarska. Deutsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 4.) Verfasser giebt folgende Resultate einer Reihe von Untersuchungen:

1. In Dampf verwandelte feste Körper durchdringen mit Leichtigkeit die unverletzte Haut und gelangen in den Organismus, so dafs sie nachher im Harn nachweisbar sind.

2. In Wasser aufgelöste Salze gehen aus Bädern durch die unverletzte Haut in den Organismus über und können in den Sekreten auf chemischem Wege nachgewiesen werden.

3. Die Quantität der aus Bädern in den Organismus eindringenden gelösten Salze ist im Verhältnis zum Gehalt der Lösungen eine sehr unbedeutende; sie steht jedoch im direkten Verhältnis zur Konzentration derselben.

4. Die Haut besitzt, wie es scheint, nicht für alle Salze dasselbe Resorptionsvermögen. Es giebt Salze, welche aus Wasserlösungen leichter, andere, welche schwerer durch die intakte Haut in den Organismus gelangen; es mag auch welche geben, die nicht resorbiert werden.

5. Diejenige Quantität der Salze, welche aus wässerigen Lösungen in den menschlichen Körper eindringt, gelangt schnell ins Blut und durch dieses in die Sekrete, durch die es denselben verläfst. Es folgt daraus, dafs die Durchlässigkeit der Haut für bestimmte in Wasser gelöste Körper nicht entspricht der Fähigkeit der Epidermis für die Aufnahme und Zurückhaltung derselben Körper, da diese bekanntlich eine viel gröfsere ist.

6. Die natürliche Fettschicht, welche physiologisch die Haut bedeckt, beeinträchtigt die Resorptionsfähigkeit dieser letzteren für gelöste Salze in einem verhältnismäfsig nur geringen Grade, jedenfalls viel weniger als manche Autoren, besonders PARISSOT, annahmen.

7. In Alkohol gelöste Salze dringen leichter ein als in Wasser gelöste; die Ursache scheint darin zu liegen, dafs Alkohol eine Hyperämie der Haut bewirkt.

8. Trotzdem alkoholische Lösungen leichter in den Organismus eindringen, ist doch die aus denselben resorbierte Menge sehr gering im Verhältnis zur Konzentration.

9. Auch aus alkoholischen Lösungen werden nicht alle Salze gleich leicht aufgenommen.

10. Salze in Form von Salben gelangen durch die Haut in den Organismus.

11. Die Menge der auf diesem Wege aufgenommenen Salze scheint eine sehr geringe zu sein, ist aber doch grofs im Vergleich mit der Resorption aus den procentualisch gehaltreicheren wässerigen oder alkoholischen Lösungen.

12. Auch aus Salben werden nicht alle Salze gleich aufgenommen.

Die negativen Resultate anderer Autoren erklärt der Verfasser durch die Schwierigkeit des Nachweises der Substanzen im Harn. Für die praktische Medizin hat die Resorptionsfähigkeit keine grofse Bedeutung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut, von DU MESNIL. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 50.) Nachdem schon bekannt war, dafs einzelne Stoffe, z. B. die Salicylsäure, von der intakten menschlichen Haut resorbiert werden, hat DU MESNIL das Resorptionsvermögen der Haut einer eingehenden, einwandfreien Prüfung unterzogen; bisher behauptete man, derartige Stoffe setzten bei längerer Einwirkung Läsionen, durch die dann die Resorption stattfände. DU MESNIL hat nun gefunden, dafs die intakte menschliche Haut für Wasser und in ihm gelöste indifferente Stoffe auch bei langdauernder Einwirkung nicht durchgängig ist; die sogenannten keratolytischen Substanzen (Salicylsäure, Karbolsäure, Salol) werden in 1%iger Lösung von der intakten Haut schon nach kurzer Zeit resorbiert; diese Resorption beruht nicht auf einer Kontinuitätstrennung der Haut, sondern auf einer specifischen Einwirkung der Medikamente auf die Hornschicht, durch welche dieselbe nur für diese Stoffe durchgängig gemacht wird. *F. Hahn-Bremen.*

Über die freien Nervenendigungen in der Epidermis, von A. VON GEHUCHTEN. (Verhandlungen der Anat. Ges. Wien. 1892.) Als Untersuchungsobjekt diente die Haut von Schnauze, Ohrmuschel, Schwanz und Pfoten der weifsen Maus und Ratte, gefärbt nach der GOLGIschen Schnellmethode (Reduktion mit Chromsilber), die dem Verfasser gegenüber der Goldchloridmethode einwurfsfreier zu sein schien.

Verfasser fand, dafs die aus der Tiefe aufsteigenden Nervenfasern im Subkutangewebe durch weitgehende Verästelung einen eigentlichen Plexus bilden, kein „Netz“ (réseau), da die ineinander sich verwickelnden Fasern nie Anastomosen bilden. Von dort steigen zahlreiche feinste Nervenfasern, die sich wieder theilen, in dichten Büscheln in die Stachelschicht, um dort, sich teils umbiegend, teils horizontal verlaufend, mit kleinen Knöpfchen zu endigen. Vermittelst der Goldchloridmethode (die GOLGIsche Methode gab keine sichere Antwort) wies Verfasser eine intercelluläre Endigung der Nervenfasern nach. (Trotzdem Verfasser die Goldchloridmethode nicht für einwandsfrei hält, stützt er sich bei diesem Nachweis nur auf diese Methode, ohne z. B. mit der von UNNA empfohlenen Osmiumbehandlung nach vorhergehender Entfettung des Schnittes Versuche gemacht zu haben). In seinen Resultaten steht Verfasser im Gegensatz zu UNNA und PFITZNER, welche die Nerven in der Stachelschicht intercellulär mit paarigen Knöpfchen endigen lassen. Der Ref.)

Die Versorgung der Haare mit Nerven erfolgt durch Abspaltung eines Astes von den gegen die Epidermis sich wendenden Nervenfasern. Etwas unterhalb der Talgdrüsenmündung teilt sich derselbe in zwei Zweige, die, das Haar umgebend, einen

mehr oder weniger vollständigen Ring bilden. Davon gehen zahlreiche unter sich parallel verlaufende Fasern nach der Oberfläche, wo sie frei endigen.

Heufs-Zürich.

Über 600 neue Fälle von Hyperthelie bei Männern, von K. v. Bardeleben (Verhandl. d. Anat. Ges. Wien 1892.) Zu der entwickelungsgeschichtlich aufserordentlich interessanten Frage über das Vorkommen überzähliger Brustwarzen bringt B. einen neuen wertvollen Beitrag als weiteren Beweis, in wie bisher ungeahnter Häufigkeit diese Anomalie mancherorts vorkommt. — Die auf seine Anregung anläfslich der Rekrutenmusterung in der hessischen Rheinpfalz unternommenen Mefsuntersuchungen ergaben: Auf eine Gesamtzahl von 2736 Gemusterten (im 21. Lebensjahre stehenden) kamen 637 Individuen mit überzähligen Brustwarzen, wovon 219 rechts, 248 links, 170 beiderseitig. Jeder vierte Mann in jener Gegend hätte demnach eine überzählige Brustwarze!

Heufs-Zürich.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Eingangspforten für Infektionskrankheiten, besonders der Haut beim Kinde, von R. Philippe. (*Arch. cliniques de Bordeaux,* ref. *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892. No. 76.) Verfasser beobachtete an dem schönen, gesunden Krankenhaus zu Bordeaux 50% Sterblichkeit der Neugeborenen; dies liegt nach seiner Meinung vor allem in der grofsen Ansteckungsgefahr für Neugeborene, weil die Infektionsträger viele Eingangspforten finden, vor allem die Nabelwunde, ferner Hautdefekte, z. B. an den Malleolen infolge mangelhafter Pflege, endlich: Erythem (? Ref.), Impetigo, Impfstellen, Vesikatore etc.

F. Hahn-Bremen.

Über die Verwertung der Hauttemperaturdifferenzen zu topographisch-diagnostischen Zwecken, von Honigmann. (Medizinische Gesellschaft zu Giefsen, mitgeteilt *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 29.) Benczur und Jonas fanden die Hauttemperatur im allgemeinen über lufthaltigen Stellen höher als über luftleeren. Honigmann konnte bei seinen Versuchen dies für die obere Herzgrenze bestätigen, nicht aber für die rechte, für die Lungenleber- und Lungenmilzgrenze; hier war das Verhalten wechselnd. Nach Firnissung der Haut, wodurch die Wasserverdunstung und die dadurch bedingte Wärmestrahlung aufgehoben wurde, waren die Differenzen erheblicher. Vortragender schliefst daraus, dafs hauptsächlich die Wärme des unter der Haut liegenden Organs in Betracht kommt. Vor allem spielt aber die Wärme des arbeitenden Muskels eine Rolle; je dicker die Muskelschicht, desto höher die Temperatur; bei einem Knaben mit Dystrophia muscularis waren die Differenzen sehr gering.

F. Hahn-Bremen.

Über die Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch Veränderungen der Haut und durch externe Medikationen, von H. Schlesinger. (*Virchows Archiv.* Bd. 130. Heft 1.) Sind durch die jüngsten, sehr vereinfachten Methoden zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes kleinster Flüssigkeitsmengen in letzter Zeit eine Reihe wertvoller Beobachtungen über Blut- und Serumdichte des Menschen bei verschiedenen physiologisch und pathologischen Zuständen ermöglicht worden, so fehlten diese bei krankhaften Veränderungen der Haut vollständig. — An der Hand der Methode von Hammerschlag, worüber näheres im Original nachzulesen, kommt Verfasser in seiner auf der Klinik von Kaposi ausgeführten Arbeit zu folgenden interessanten Resultaten, die wir ihrer Wichtigkeit wegen ausführlicher geben müssen:

I. Blut- und Serumdichte bei Hautkrankheiten. Von Pemphigus kamen 11 Fälle zur Untersuchung. Das spezifische Gewicht des Blutes war auf

fallenderweise gegen die Norm etwas erhöht, das Blut also eingedickt, was besonders deutlich bei einigen, gleich nach reichlicher Blaseneruption stattgefundenen Untersuchungen konstatiert werden konnte. Bestimmung der Blutserumdichte ergab jedoch keine Veränderung gegen die Norm; das erhöhte spezifische Gewicht des Gesamtblutes war also auf relative Zunahme der roten Blutkörperchen, resp. eine Abnahme des Blutserums zurückzuführen. — An sämtlichen untersuchten 15 Fällen von tödlicher Verbrennung wurde das Blut eingedickt gefunden; die Eindickung schwand schon im Laufe des zweiten Tages (nach 36 Stunden). Die Eindickung (spezifisches Gewicht des Blutes 1,065—1,073 statt 1,054—1,060) war ebenfalls durch Serumverlust verursacht, da das spezifische Gewicht des Serums sich nicht verändert hatte (bei bloßem Wasserverlust müßte das spezifische Gewicht des Serums erhöht sein). — Von Ekzemen (nur allgemeine, stark nässende) hatten akute Ekzemausbrüche ein leichtes Ansteigen des spezifischen Blutgewichtes zur Folge; bei längerer Dauer des Ekzems wurde (in 2 Fällen), infolge des fortwährenden Eiweißverlustes ein Sinken des spezifischen Gewichtes auf 1,0275 beobachtet. — Andere Hauterkrankungen (Lichen ruber, Erythema multiforme etc., ausgenommen Lues, s. u.) ergaben keine Veränderungen der Blutdichte.

II. Beziehungen der Serumdichte zu den an die Hautoberfläche exsudierten Flüssigkeiten. In Übereinstimmung mit Runeberg fand Verfasser, daß allerdings bei Hautaffektionen der Blaseninhalt zumeist eine geringere Dichte besitzt, als das Blutserum, aus dem es stammt (z. B. Brandblasen), daß aber bei einzelnen Prozessen das spezifische Gewicht des Serums erreicht (Erysipel, Vaccinebläschen) oder sogar überschritten (Herpes zoster) werden kann. Im Vergleich zu den Exsudaten anderer entzündlicher Prozesse (Pleuritis, Peritonitis etc.) sind die Exsudationsprodukte bei Hautkrankheiten sehr eiweißreich. Intensität des Reizes, resp. der Entzündung und Höhe des Blutdrucks scheinen daher zum spezifischen Gewicht des Blaseninhalts in einem direkten Verhältnis zu stehen, und da nach Untersuchungen Runebergs, Reuss' bei Transsudaten und Exsudaten der Eiweißgehalt, nicht deren Salzgehalt wechselt, auch direkt zum Eiweißgehalt. Aus den an einigen Pemphigusfällen gemachten Beobachtungen glaubt Verfasser die weitere allgemeine Schlußfolgerung ziehen zu dürfen, daß „bei reichlicher Blasenbildung das spezifische Gewicht des Blaseninhaltes niedriger, bei spärlicher höher sei". Weiter konnte Verfasser mit Steigerung des spezifischen Gewichtes eine damit parallel einhergehende Besserung des Leidens konstatieren. — Auffallenderweise war trotz oft monatelanger Exsudationsprozesse der Haut keine oder eine ganz unwesentliche Verminderung des Eiweißgehaltes des Blutes (Hydrämie) zu beobachten.

III. Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch externe Medikation. Das nach anscheinend einwandsfreien Kautelen erhaltene wichtigste Ergebnis ist: „Eine Eindickung des Blutes, die sich klinisch durch eine relative Vermehrung der Blutkörperchenzahl bei annähernd gleich bleibender Serumdichte manifestiert und bei der allem Anscheine nach der Wassergehalt der Gewebe nicht wesentlich abnimmt, kann ohne wesentliche Allgemeinstörung des Organismus sich vollziehen." (Damit wäre die von Tappeiner aufgestellte Lehre des Verbrennungstodes infolge Eindickung des Blutes vollends unhaltbar geworden.) Aus den nach einer Reihe von Sublimatinjektionen (0,05 pro dosi) gemachten, sich stets gleich bleibenden Befunden folgerte Verfasser das Gesetz, daß nach jeder Sublimatinjektion stets eine primäre Eindickung und konsekutive Verdünnung des Blutes (unter die Norm) erfolge, herbeigeführt durch relative Zu- und Abnahme der roten Blutkörperchen. Nach Injektion von Ol. ciner. hingegen, nach Schmierkuren fand Verfasser (ziemlich übereinstimmend mit Bieganski) keine wesentliche Änderung der Blutdichte und der Zahl der roten Blutkörperchen. Naphtol und Chrysarobin (nicht konstant) wirkten ähnlich wie Sublimat,

bei Pyrogallol war kein gesetzmäfsiger Zusammenhang zu konstatieren; nach Teer trat meist rasches Sinken des spezifischen Gewichtes ein. *Heufs-Zürich.*

Hautveränderungen unter Lichtwirkung, von S. Jessner. (*Deutsche Med.-Zeitung.* 1892. No. 82.) Man führt eine Reihe von Affektionen der Haut, die besonders beim Aufenthalt im Freien auftreten, auf die drei Faktoren: Luft, Wärme und Licht zurück; der Einfluſs von Luft und Wärme wurde überschätzt, während der des Lichtes nicht genügend gewürdigt wurde. Erst neuere Beobachtungen, wie die von Veiel, Unna, Wolters, Hutchinson etc., haben diesen Einfluſs sichergestellt; diese Affektionen wurden vielfach als Erythema solare, auch caloricum, bezeichnet, und doch sind die Wärmestrahlen ganz unschuldig daran, während die chemischen als pathogen für den Prozeſs anzusehen sind. Chininlösungen, welche die chemischen Strahlen in solche von gröſserer Wellenlänge, in blaue, verwandeln, machen die Lichtstrahlen unschädlich; Veiel und Unna fanden Curcuma und chromsaures Kalium von ähnlicher Wirkung. Hammer machte Kontrollversuche mit Rubinglas, das nur Wärmestrahlen durchläſst, und fand so Unterschiede zwischen Wärme- und Lichtröte. Die Pigmentierungen nach Sonnenbrand sind ebenfalls als Lichtwirkung aufzufassen, obgleich wir über den Vorgang der Pigmentbildung nichts wissen. Jedenfalls kommt dem Lichte ein groſser fördernder Einfluſs auf den Stoffwechsel zu, daher ist neben Luft, Wärme, Bewegung eine berechtigte hygienische Forderung: mehr Licht! *F. Hahn-Bremen.*

Einige Erfahrungen über Solveol als Antisepticum, von Hiller. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 37.) Solveol ist neutrale wässerige Kresollösung, mittelst salicylsauren Natrons hergestellt, von der chemischen Fabrik von F. v. Heyden. Eine solche, 0,5 % Kresol enthaltende Lösung tötet in 5 Minuten alle zur Untersuchung herangezogenen Bakterien, ätzt nicht und ist nicht so giftig, wie Karbolsäure; 37 ccm Solveol auf 1 Ltr. Brunnenwasser giebt eine 1 %ige Kresollösung, die den Desinfektionswert einer 5 %igen Karbolsäurelösung hat. Die ½ %ige Kresollösung ist schwach gelblich opalescierend, mischt sich mit allen Körperflüssigkeiten, reizt normale Haut nicht und brennt nur auf entzündeten Schleimhäuten; auf frischen Wunden brennt sie etwas, auf granulierenden gar nicht. Die antiseptische Wirkung ist sehr gut und hat den Verfasser nie im Stich gelassen. *F. Hahn-Bremen.*

Die therapeutische Verwendung des Hydrargyrum sozojodolicum, von Witthauer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 34.) Verfasser empfiehlt neben den übrigen Sozojodolsalzen vor allem das Hydrargyrum sozojodolicum nach seinen Erfahrungen zur Nachprüfung.

Fuſs- und Unterschenkelgeschwüre, mochten sie noch so schwierig, die Haut um dieselben noch so ekzematös sein, eine 1 %ige Salbe, auf Leinenstreifen gestrichen, die dachziegelförmig aufgelegt und anfangs täglich gewechselt werden, macht in einigen Tagen die Granulationen frisch und bringt das Geschwür bald zur Heilung; auch 1 %iges Streupulver (mit Talcum) leistet gute Dienste. Bei Hautaffektionen und granulierenden Wunden, besonders bei Ekzemen, wirkt vorzüglich ein 10 %iges Streupulver, auch mit Zincum sozojodolicum. Eine skrophulöse Erkrankung der Kopfhaut(?) pustulöser Ausschlag und 7 cm groſse kreisrunde, dem Kerion Celsi ähnliche Affektion) heilte auffallend rasch unter Hydragyrum sozojodolicum-Salbe. Bei tuberkulösen Wunden, besonders bei Fisteln, bediente sich Verfasser einer 1 %igen Emulsion, analog der Jodoformemulsion, mit gutem Erfolge. Die Patienten muſsten zur Vorsicht den Mund spülen; die schwammigen Granulationen schwanden, die Fisteln schlossen sich. Einige prägnante Krankengeschichten illustrieren die Mitteilung. Jedenfalls fordern die Resultate zur Nachprüfung auf. *F. Hahn-Bremen.*

Die Ulcerationen der Zunge, von Prof. Fournier. (*La France médicale.* 12. Dezmb. 1891. No. 11 und 18.) Verfasser teilt die Ulcerationen der Zunge in solche, die auf der gesunden Zunge, und solche, die auf einer in der Zunge entwickelten Geschwulst entstehen. Nur die erstere Gruppe behandelt er in diesem Vortrage. Die traumatischen Ulcerationen sind besonders nach Epilepsie (wo durch die wiederholten Bisse torpide Geschwüre auf dem Zungenrücken entstehen), und Tussis convulsiva — hier am Zungenbändchen — häufig. Die zweite Gruppe stellen aus Herpesbläschen entstandene, kleine, oberflächliche, polycyklisch angeordnete Erosionen. Die linsengrofsen, kreisförmigen, graugelben, von einem purpurroten, entzündlichen Hof umgebenen aphthösen Geschwüre bilden die dritte Gruppe. Die vierte ist die Hydroa der Zunge, kleine aus Bläschen entstandene Erosionen, nur bei gleichzeitiger Hydroa am Körper zu diagnosticieren. Leicht erkennbar sind die Geschwüre bei Leukoplakie, die die fünfte Gruppe bilden. Praktisch wichtig sind die merkuriellen Geschwüre (sechste Klasse); weifsgraue, an den Zungenrändern sitzende Verschwärungen, meistens mit Stomatitis, foetor ex ore etc. kombiniert, zuweilen zur Gangrän führend.

Siebente Klasse: tuberkulöse Geschwüre, bei auch sonst tuberkulösen Individuen, mit unregelmäfsigen, unterminierten Rändern, graugelbem Grund, die bei Zungenbewegungen Schmerzen verursachen.

Achte Klasse: Syphilitische Ulcerationen. Der Schanker sitzt meistens an dem vorderen Drittel des Zungenrückens und stellt meist einen nur auf die Schleimhaut beschränkten „chancre erosif" dar mit harter Basis, rot oder rosa gefärbt, zuweilen etwas durchscheinend, mit relativ glatter Oberfläche. Der Schanker wie die angeschwollenen Drüsen sind meistens schmerzlos. Seltener ist der „chancre ulcéreux". In der sekundären Periode kommen erosive, papulo-erosive, papulo-hypertrophische und ulceröse Affektionen vor. Die erosiven Formen stellen die linsengrofsen, graugefärbten Plaques muqueuses dar (an den Rändern der Zunge sind vertikale Striae normale Erscheinungen). Solitäre oder multiple und dann konfluierende tief rot gefärbte Papeln, mehr oder weniger erhaben, geben die papulo-erosive oder papulo-hypertrophische Form. Wenig charakteristisch sind die sklerösen Affektionen bei der sekundären Lues und sind wie alle Zungengeschwüre erst nach Heranziehung aller weiteren für die Diagnose wichtigen Symptome zu erkennen. Die traumatischen Geschwüre der Zunge infolge von kariösen Zähnen wären einer besonderen Erwähnung wert gewesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Desinfektion am lebenden Organismus, von Behring. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1891. No. 52.) Verfasser bezeichnet für die Verhältnisse am lebenden Organismus als Desinfektionsmittel alle diejenigen, welche durch direkte Einwirkung die lebenden Krankheitserreger oder ihre krankmachenden Stoffwechselprodukte unschädlich machen. Wir haben folgende Möglichkeiten, im lebenden Organismus desinfizierend zu wirken: 1. durch die Abtötung der lebenden Krankheitserreger, 2. durch die Wachstumsverhinderung derselben, 3. durch die Aufhebung ihrer infektiösen Eigenschaften, welche B. sich dadurch zu stande kommend denkt, dafs den pathogenen Bakterien die Fähigkeit genommen wird, krankmachende Stoffwechselprodukte zu liefern, 4. durch Zerstörung beziehungsweise das Unschädlichmachen der von den Krankheitserregern im infizierten Organismus produzierten, krankmachend wirkenden Stoffe.

Die Möglichkeit, die Heilung durch eine solche Beeinflussung der lebenden Zelle zu erreichen, die eine höhere Widerstandsfähigkeit gegen die von den Krankheitserregern erzeugten Gifte bedingt, ohne die Vitalität oder die Funktion der Krankheitserreger zu beeinträchtigen, ist ja vorhanden, aber nicht bewiesen.

Verfasser berichtet nun über Heilversuche bei Milzbrand und Diphtherie. Injiziert man bis spätestens zwei Stunden nach der Infektion von Mäusen mit Milzbrand an derselben Stelle, an der das Milzbrandvirus eingespritzt war, 0,4 einer Mischung von einem Teil 0,04%iger Sublimatlösung mit drei Teilen einer 10%igen Lösung von Natrium chloroborosum, dann gelingt es, die Tiere am Leben zu erhalten oder den Tod hinauszuschieben. Die Hauptrolle spielt dabei das Natrium chloroborosum, jedoch steigert die Komposition mehrerer Mittel die Wirkung derselben in einem relativ hohen Maße. Verfasser geht sodann auf seine Versuche, ein Tier nach der Infektion durch das Blut von andern Tieren, welche die Krankheit früher überstanden, zu heilen, und berichtet über seine Erfolge in dieser Richtung bei Diphtherie und Tetanus. Er hofft, daß es ihm gelingen wird, den wirksamen Bestandteil des Heilserums immunisierter Tiere rein darzustellen. — Die Wirkung des Blutes immunisierter Tiere ist an das Serum gebunden und trifft das Gift der Bakterien, nicht diese selbst. — Für die Frage der Giftgewöhnung muß nach dem Verfasser die zelluläre Theorie der humoralen Platz machen, ebenso wie letztere für die bakterienvernichtende Kraft des Blutes Geltung hat. — Für die allgemeine Therapie wird vielleicht ebenso wie nach Lister für die lokale Wundbehandlung der Grundsatz gelten müssen: „Die heterogenen Schädlichkeiten und Krankheitsursachen fernzuhalten oder unschädlich zu machen, die lebende Zelle und das lebende Gewebe aber in Ruhe zu lassen." (Ob wirklich alle die wunderbaren Eigenschaften des Blutserums, deren Kenntnis wir ja besonders den von so großem Erfolg gekrönten Arbeiten des Verfassers verdanken, sich nur durch humorale Theorien erklären lassen? Ist die Zellthätigkeit dabei unbeteiligt? Können die immunisierenden Substanzen sich ganz ohne Mitwirkung der Zelle entwickeln? Man wird diese Fragen noch sehr ernst prüfen müssen, bevor wir Grundsätze aufstellen, die uns von der festen Basis der Zellularpathologie entfernen und einer Wiederauferstehung der Humoralpathologie die Wege ebnen. Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Ätiologie der akuten Eiterungen (experimentelle und klinisch-bakteriologische Untersuchungen aus der Klinik von Professor M. S. Ssubotin), von Schtschegolew. (*Chirurg. Westnik.* Mai-Juli. 1892. *Centralbl. f. Chirurg.* 1892. 44.)

Verfasser suchte festzustellen: 1. ob durch chemische Agentien Eiterung erzeugt werden kann; 2. ob die bakterielle Eiterung von Stoffwechsel- oder von Zerfallsprodukten der Bakterien herrührt; 3. ob eine nicht bakterielle Eiterung eventuell auch allgemeine Leukocytose hervorruft oder nicht. — Verfasser erhielt bakterienfreie Eiterung durch Terpentin, metallisches Quecksilber und, im Gegensatz zu den meisten früheren Experimentatoren, durch Krotonöl; Höllensteinlösung (5%) erzeugte hämorrhagisch-eitriges Exsudat; Tinctura cantharidum, 2% Sublimatlösungen und 10% Chlorzinklösung riefen keine Eiterung, letztere aber Hautneurose hervor. — Bei den Versuchen mit Bakterienkulturen erhielt Verfasser Eiterung erst durch große Mengen lebender oder sterilisierter Kulturen. 10 ccm des Filtrats von sterilisierten Kulturen bewirkten Schwellung, aber keine Eiterungen, dagegen trat diese schon ein nach 3 ccm des sterilisierten, die abgestorbenen Zellen enthaltenden Rückstandes. Es sind also die Zerfallsprodukte der Bakterien mehr an der Eitererzeugung beteiligt, als ihre Stoffwechselprodukte.

Bakterielle und nichtbakterielie Eiterungen sind von einer Leukocytose begleitet, und zwar wird diese wieder mehr bewirkt durch den Filterrückstand.

In akuten Abscessen fand Verfasser in 27,2% nur Staphylokokken, in 23,6% nur Streptokokken, in 9,1% ein Gemisch beider.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Resorption von Jodkalium durch den Mastdarm und die Ausscheidung des ersteren, von CALEMTONI. (*La riform. med.* 20. April. 1892.) Versuche an Menschen und Tieren lehrten:

1. Die Resorption des Jodkaliums vom Mastdarm aus erfolgt ebensoschnell wie vom Magen aus.

2. Durch höhere Temperatur der Flüssigkeit (33—37° C.) beschleunigt man die Resorption.

3. Die Ausscheidung erfolgt ebensoschnell wie bei anderen Methoden. Schwache Lösungen werden innerhalb 24—30 Stunden, konzentrierte in 38—40 Stunden ausgeschieden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Anwendungsgebiet des Dermatols, von R. HEINZ. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 47.) Verfasser stellt alles bis jetzt Veröffentlichte unter Dermatol zusammen und empfiehlt es in der Dermatologie:

1. bei frischen oberflächlichen Entzündungen der Haut: Eczema acutum, Intertrigo ani, Intertrigo mammae, Intertrigo der kleinen Kinder etc.,

2. als Überhäutungsmittel bei Fissuren,

3. bei Verbrennungen,

4. bei Dysidrosis der Hände, wie der Füfse; (Dermatolstreupulver (Dermatol 20,0, Amylum 10,0, Talc. venet. 70,0) übertrifft alle anderen gegen Fufsschweifs angewendeten Mittel);

5. bei Balanitis,

6. bei Phimosenoperation,

7. bei Ulcus molle (ausgenommen die gangränösen Formen) und Bubonen,

8. bei Fufs- und Unterschenkelgeschwüren (torpider Art).

L. Hoffmann-Berlin.

Über Dermatolbehandlung, von WERTHER. (*Deutsch. med. Woch.* 1892. No. 25.) Wunden sind dick mit Dermatol zu bestreuen; auch bei Fufsgeschwüren wirkt es vorzüglich. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Behandlung mit Dermatol in dem Anna-Kinderspital zu Graz berichtet E. DOERNBERGER: Das Dermatol ist bei nässendem, impetiginösesem Ekzem und als austrocknendes Mittel von grofsem Werte; es wirkt auch granulationsbefördernd. Wegen seiner Ungiftigkeit ist es dem Jodoform vorzuziehen. (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1892, No. 21.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine jeder Behandlung widerstehende **Seborrhoe,** papulöse Ekzeme, Eczema crustaceum, Ekzem an den Genitalien heilte B. LOEWENGARD mit 2% Kreolinlösung, zweistündlich mit dem Wattepinsel appliziert. (*Pest. med. chir. Pr.* 1891, 51). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einige nach der Anwendung von Pariser Pflaster auftretende Hauterscheinungen, von GEORGE T. ELLIOT. (*The New York Medical-Journal.* 11. April 1891.) Die Pariser Pflaster, Kantharidien und Kopaivbalsam enthaltend und als Derivans gebraucht, bewirkten 18 mal Ekzeme, zweimal mit Favus, einmal mit Herpes tonsurans kombiniert. — Die Entstehung denkt sich E. so, dafs Bakterien unter dem Pflaster gut gedeihen und in die Tiefe der Haut eindringen, sei es, dafs sie mit dem Pflaster auf die Haut gelangt oder vorher auf ihr gewesen sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Elektrolytische Operationen in der ärztlichen Praxis, von E. CLASEN. (*Deutsche Mediz.-Ztg.* 1892. No. 63.) Nach einer kurzen Wiedergabe der theoretischen Grundlagen giebt C. eine eingehende Darstellung der Methoden und Indikationen für

die Anwendung der Elektrolyse in der Dermatologie. Zur Hypertrichosis empfiehlt er die Reibahlen dünnster Sorte, wie sie jeder Uhrmacher braucht, als Halter die Serres fines, deren Klauen abgebogen oder abgekniffen werden müssen. Dafs an diesen Serres fines keine Stromunterbrechung möglich ist, darauf legt Verfasser nicht viel Wert. Die Leichtigkeit ihrer Handhabung ermöglicht, mittelst der Methode bis 80 Haare in einer Stunde zu entfernen. Der Strom mufs 5—6 M. A. zeigen, nach Einschaltung des Körpers hat man dann einen Strom von ca. 1—2 M. A., der vollkommen genügt. Die Sitzungen können zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholt werden. Eine gute Epilationspincette liefert Instrumentenmacher Bolte-Hamburg (Rödingsmarkt). Für jedes Haar braucht man etwa $^1/_2$ Minute, bis es gelöst ist. Der Wasserstoff an der Kathode tritt als Schaum hervor; wo das nicht der Fall ist, entsteht eine Quaddel.

Für die Entfernung von Warzen, Pigmentmälern und ähnliches mufs eine stärkere Nadel mit Nadelhalter genommen werden; auch hier ist am besten die Kathode die parallel der Haut durchgestochen wird. Haarige Pigmentmäler entfärben und verflachen sich schon nach der elektrolytischen Epilation der Haare. — Bei Rosacea ist die Kathode auch von Vorteil. Dafs die Anwendung des Bistouri oder des Mikrobrenners oft auf grofse Hindernisse bei den Patienten stöfst, wird wohl nicht jeder bestätigen.

Bei Gefäfsmälern und -Erweiterungen erheblicherer Art wird nach Einführung der Kathode der Strom umgekehrt; dieselbe mufs wegen der lebhaften Oxydationsvorgänge in diesem Falle von Gold oder Iridium sein. Zum Schlufs mufs dann behufs Entfernung der Anode aus dem festen Blutcoagulum der Strom wieder gewendet werden. Dieses Verfahren giebt keine Narben. Als Batterie empfiehlt Verfasser eine transportable Leclanché-Batterie von Reiniger, Gebbert & Schall.

Jessner Königsberg i. Pr.

Über die katalytischen Wirkungen des galvanischen Stromes, von Moritz Meyer. (*Berl. med. Ges.* 15. Juli 1891. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 31.) Die katalytische Wirkung des galvanischen Stromes kann grofse Erfolge erzielen, unter anderm auch bei stabilen Ödemen, die nach Sykosis, Prurigo, recidivierendem Erysipel, besonders im Gesichte, oft zurückbleiben.

So erzielte M. in 19 Sitzungen vorzügliche Besserung bei einem 24jährigen Müllergesellen, der nach einer zwei Jahre dauernden Syoksis ein hochgradiges Ödem des Gesichts zurückbehalten hatte, so dafs der Mund rüsselförmig, die Augen fast geschlossen, die Gesichtsmuskeln unbeweglich waren. — Es gehören zur Katalyse starke Ströme und grofse, sich gut anschmiegende Elektroden, die an entgegengesetzten Stellen fixiert werden. Dauer der Sitzungen durchschnittlich zehn Minuten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über pathogene Protozoen beim Menschen. 1. Gregarinose der Leber und der Bauchmuskeln. 2. Amöben bei Knochennekrose (Osteomyelitis) des Unterkiefers, von Dr. Kartulis. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* Bd. XIII. Heft 1.) Die Frage der Bedeutung der Protozoen als Krankheitserreger kommt jetzt sehr in den Flufs, seitdem Pfeiffer dieselbe gründlich erörtert, die Plasmodien der Malaria erkannt, die Ätiologie der Carcinome so lebhaft diskutiert wird. Zwei Gattungen sind es, die besonders in Frage kommen, die Sporozoen, zu denen auch die Plasmodien der Malaria gehören, und die Amöben, die bei dysenterischen Erkrankungen häufiger gefunden sind. Verfasser berichtet über zwei, durch den Titel genügend gekennzeichnete Fälle, die im egyptischen Regierungshospital zu Alexandrien beobachtet sind. Sie genauer zu referieren, würde wohl den Rahmen dieses Blattes überschreiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Über Exantheme im Wochenbett, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach, von F. Ahlfeld. (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.* Bd. 1. H. 92.) Verfasser sieht die Fälle von Scharlach oder Masern im Wochenbett auf Grund von 14 Beobachtungen als septische Infektionen an. Die 14 Fälle spielen sich in 5/4 Jahren ab. Gegen Scharlach sprechen 1. der Mangel einer Ansteckungsquelle für den ersten Fall; 2. die Nichtübertragung auf die Hausbewohner, nicht einmal die Kinder des Hausdieners, der mit der Schwangern denselben Flur bewohnt; 3. der direkte Nachweis der septischen Infektion bei einigen Fällen. So fand sich einmal eine Lochiometra, fast eine Reinkultur von Streptokokken enthaltend. — Weshalb die septische Infektion gerade in diesen 14 Fällen diese Hauptexantheme machte, ist nicht zu eruieren; wahrscheinlich handelt es sich um ein besonderes Gift der gerade in diesen Fällen vorhandenen Mikrokokken. (Die Beweise von A. stehen doch auf etwas schwachen Füfsen; die Übertragungsquelle für den ersten Fall ist selten zu finden, die Nichtübertragung auf die Kinder des Hausdieners, die doch hoffentlich nicht in den Zimmern der Wöchnerinnen spielen, nicht beweisend. Es ist ja zweifellos, das skarlatinoide Exantheme bei septischer Infektion vorkommen, aber die Häufung derselben ist doch sehr verdächtig. Man mufs doch auch dessen eingedenk sein, dafs sicherlich Entbundene bei herrschendem Scharlach leicht erkranken und wohl auch eine Disposition für Scharlach haben; weshalb soll man dann für die vorliegenden Fälle eine gekünstelte Hypothese von Erytheme bewirkenden Mikrokokken als Urheber einer Sepsis aufstellen, statt sie unter ein bekanntes Krankheitsbild zu subsumieren? Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie und Therapie der Blutkrankheit und verwandter Zustände, von Glass. (*Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 33. 34.) Nach allgemeinen Ausführungen über Blutgerinnungstheorien ist als Hauptsatz von Interesse: „Gerinnung des Blutes findet nur mangelhaft oder gar nicht statt (Hämophilie, Leukämie, hämorrhagische Diathese etc.), wenn ein Mangel an löslichen Kalksalzen im Blute besteht oder wenn das im Blute vorhandene Lösungsmittel, für die zur Ausfällung kommenden phosphorsauren Erdalkalien, vor allem Kohlensäure im Überschufs vorhanden ist, oder wenn beide Momente zusammenwirken.“ Auf Grund dieser Theorie ist der Kalkmangel im Blute und die Kohlensäureanhäufung im Gewebe, den Gewebsflüssigkeiten und dem Blute zu bekämpfen. Dieses geschieht nach Lahmann (*Die diätische Blutentmischungs-Dysämie als Grundlage aller Krankheiten*, Verlag von Otto Spamer, Leipzig und Berlin, 1892) nicht durch die Eiweifsnahrung, sondern durch Zufuhr von Speisen, die an den wichtigsten Nährstoffen, Kalk und Natron, reich sind, so durch frische Blatt- und Wurzelgemüse (nicht ausgelaugt durch falsche Kochprozesse), Salate und Früchte (Kompotts). Gute Luft, Hautpflege, hydrotherapeutische Mafsnahmen, aktive und passive Gymnastik sind natürlich auch wichtig.

Verfasser, selbst Hämophile, seit 2½ Jahren in der Lahmannschen Anstalt „Weifser Hirsch“ bei Dresden thätig, hat, seitdem er nach den genannten Grundsätzen lebt, keine hämophile Attacke mehr zu überstehen gehabt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Beitrag zur Pathologie der Hämophilie, von Allan Hamilton. (*Med. Record.* 1892. Bd. 40. No. 21.) Verfasser giebt die Schilderung einer Reihe von Geschwülsten, die zum gröfsten Teile (5 von 7) viele Erscheinungen von Hämophilie zeigten, meistens schon bei der Circumcision. Der psychische Zustand der Bluter ist nicht immer ganz normal, sie sind leicht erregbar, leiden an Kopfschmerzen. Bei

ihnen auftretende Gelenkaffektionen beruhen wohl auf Blutungen in den tieferen Geweben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Akutes circumskriptes Hautödem, von Forssberg (ref. *Centralbl. f. klin. Med.* 1892. No. 39.) Eine 58jährige gesunde Witwe bekam nach einem Insektenstich ein Ödem der rechten Schulter und des rechten Armes mit allgemeinem Unwohlsein; dasselbe schwand nach einigen Tagen; nach 3 Wochen trat es in der Regio hypogastrica auf und seitdem alle 14 Tage, bald hier, bald dort. Die Haut war sehr gespannt, weifsglänzend, keine Schmerzen oder Druckempfindlichkeit; das Odem war immer ziemlich verbreitet; einmal zeigte es sich auch in Pharynx und Larynx und verursachte starke Dyspnoë. Verfasser hält das Leiden für nervös; es ist hartnäckig und tritt periodisch auf, weshalb er es „periodisches vasomotorisches Ödem" nennen möchte. Von der Therapie ist nicht viel zu erwarten. *F. Hahn-Bremen.*

Purpura pneumonica, von Voituriez. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 961.) Bei einem 16jährigen jungen Menschen erschienen am sechsten Tage einer Pneumonie verschiedene grofse Purpuraflecke auf den Unterextremitäten; drei Tage später blutige Stühle, die drei Tage anhielten; gleichzeitig Abfieberung. 14 Tage später, als Patient das Bett verliefs, Ödem der Füfse und Unterschenkel. Heilung.

V. nimmt an, dafs die Purpura durch Anwesenheit von Pneumokokken im Blute bedingt war. *Türkheim-Hamburg.*

Das Ödem während der Purpura, von Adam. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1046.) Als Begleiterscheinung der Purpura tritt häufig ein Ödem auf, das entweder weifs und schmerzhaft ist, wie das Ödem der Nierenkranken, oder rot und einen pseudo-phlegmonösen Eindruck macht. Es sitzt mit Vorliebe an der Stirn, den Augenbrauen, der Brust, den Genitalien, den Extremitäten, befällt aber oft andere Teile als die Purpura. Die Ursache dieser Ödeme liegt in einer rheumatischen oder arthritischen Anlage. Eine Behandlung thut nicht nötig, da die Schwellung rasch von selbst wieder schwindet. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zum Studium der infektiösen Erytheme, von J. Mussy. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1052.) Namentlich bei der Diphtherie werden eine Reihe von Erythemen beobachtet, so besonders das Erythema polymorphum mit seinen sämtlichen Varietäten, dem Erythema marginatum, papulo-tuberculosum, vesico-pustulosum u. s. w. Diese Erytheme bilden eine zusammenhängende Reihe, die alle, wo immer es zur Erythembildung überhaupt kommt, eines nach dem andern auftreten. — Das Erythema infectiosum ist im ganzen nicht selten und findet sich bei den verschiedensten Infektionskrankheiten. Sein Auftreten ist durch den Streptococcus bedingt, der in der Haut und im Blut wohl fehlen mag, hingegen durch seine Ptomaine wirkt. Die Prognose richtet sich teils nach der Grundkrankheit, teils nach der Zeit des Erscheinens des Erythems; solche, die erst am Ende der Krankheit entstehen, geben eine schlechte Prognose. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme, von E. Finger. (*Wiener med. Presse.* 1892. No. 39.) Die Auffassung derjenigen multiformen Erytheme, die im Gebiete von Entzündungs- und Eiterungsprozessen, akuten Infektionskrankheiten auftreten, ist eine verschiedene. Die einen erklären sie als toxische Erytheme durch Einwirkung von Toxinen, die anderen fassen sie als durch direkte Invasion von Bakterien bedingt auf. Für letztere Ansicht spricht der von F. untersuchte Fall, in dem sich an eine schwere diphtheritische Erkrankung drei Tage vor dem Tode an Stamm und Extremitäten ein ausgebreitetes Erythema multiforme

anschlofs. In den Kapillaren der betroffenen Stellen, die sonst nur Ödem des Bindegewebes, Erweiterung der Blutgefäfse, Rundzelleninfiltrationen zeigten, fanden sich massenhaft Streptokokken *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Asphyxia disseminata des ganzen Körpers bei einem Epileptiker, von Ch. Féré. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 738.) In dem mitgeteilten Fall waren nicht nur, wie gewöhnlich, die Extremitäten, die Nase und die Ohren befallen, sondern es fanden sich auch am übrigen Körper zahlreiche bläulich verfärbte Stellen, die weniger empfindlich waren und eine um 1° niedrigere Temperatur als die gesunde Körperhaut besafsen. Da Epilepsie und Asphyxie so ziemlich gleichzeitig auftraten und sich während der kälteren Jahreszeiten gleichmäfsig verschlimmerten, so dürfte wohl zwischen beiden ein gewisser Zusammenhang bestehen.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von symmetrischer Asphyxie, ein Beitrag zur Lehre der Raynaudschen Krankheit, von S. H. Scheiber. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 39.) Die Raynaudsche Krankheit ist eine Neurose, die kein einheitliches Krankheitsbild darstellt; drei Stadien, das synkopale, asphyktische und gangränöse sind zu unterscheiden; es kann die Krankheit aber in jedem Stadium stehen bleiben und auch jedes Stadium primär als selbständiges Leiden auftreten. 119 Fälle sind bis jetzt bekannt, darunter mehr Frauen als Männer. Für die Gangrän ist charakteristisch, dafs sie keine grofse Verbreitung erlangt und meistens nicht immer symmetrisch auftritt. Meistens Auftreten in Paroxysmen und cyklusweise, seltener permanentes Bestehen mit interkurrenten Exacerbationen und zuweilen mit sekundären dystrophischen Störungen, wie sie der Morvanschen Krankheit eigentümlich sind. Die Ursache der Raynaudschen Krankheit kann centraler oder peripherer Natur sein. Verfasser giebt dann eingehend einen Fall persistenter symmetrischer Asphyxie an beiden Füfsen und Unterschenkeln wieder. Ein 58jähriger Herr zeigte kurz zusammengefafst folgende Symptome: 1. linksseitige motorische und sensitive Hemiparese; 2. Paraparese der unteren Extremitäten mit einfacher Muskelatrophie; 3. Atrophie, Cyanose und Gefäfserweiterungen der Haut an Füfsen und Unterschenkeln; 4. Kältegefühl und Kribbeln in den Füfsen; 5. Arythmisches beschleunigtes Atmen, frequenten Puls; 6. leichtes Emphysem und Bronchialkatarrh. — Verfasser erklärt dieses Krankheitsbild nach Weiss als einen Venenkrampf, bedingt durch Veränderungen im vasomotorischen Centrum. Nach faradischen Bädern trat Besserung ein. — Was das Wesen der Raynaudschen Krankheit betrifft, so glaubt Verfasser, dafs die leichteren Reizzustände als angioneurotische Veränderungen aufzufassen sind, die gangränösen Formen als trophische Störungen. — (Die Erklärung der lokalen Asphyxie durch Venenkrampf nach Weiss ist wohl anfechtbar; würde man nicht nach einem solchen Ödeme erwarten müssen? Der Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über symmetrische Gangrän, von Ferdinand Kornfeld. (Wiener medizinischer Klub, den 9. November 1892. *Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) Der Vortragende fafst nach einer kritisch-historischen Beleuchtung des von Raynaud zuerst genau beschriebenen Krankheitsbildes seine Ansicht dahin zusammen, dafs unter „symmetrischer Gangrän" nur unter direktem Nerveneinflufs entstehende Gangrän zu verstehen ist, und weist auf die Verwandtschaft des Leidens mit der Morvanschen Krankheit hin. Der trophische Charakter wird gekennzeichnet durch gleichzeitig auftretende andere trophische Störungen (Sklerodermie, Morvansche Krankheit). Verfasser beobachtete einen Fall, indem die Obduktion Tabes, beiderseitige Neuritis acuta der Peroneal-nerven ergab als Grundlage für die im Leben aufgetretenen Symptome: symmetrische Gangrän an den Endphalangen der ersten vier Zehen, Peroneuslähmung, verlangsamte Schmerzempfindung, perverse Temperaturempfindung. — Verfasser fügt noch zu,

dafs Zambaco Pascha die Morvansche Krankheit als abortive Lepra aufzufassen geneigt ist. — In der Diskussion bemerkt Hochenegg, dafs die symmetrische Gangrän auch fehlerhafter Blutmischung seine Entstehung verdanken kann; er unterscheidet vier Gruppen des Leidens: 1. trophische Störung nach grofsen Strapazen (Feldzügen); 2. hysterische; 3. durch anatomische Erkrankungen des Centralnervensystems hervorgerufene; 4. durch abnorme Blutmischung bewirkt; hierzu zählt auch die diabetische und albuminurische Gangrän. Die Zugehörigkeit der letztgenannten Gruppe zur symmetrischen Gangrän wird von Kornfeld und anderen bestritten. —

(Der Vortrag identifiziert symmetrische Gangrän mit Raynaudscher Krankheit; sie ist aber nur eine Art derselben. — Wenn der Vortragende die Sklerodermie als trophische Störung anführt, so widerspricht das der durch pathologisch-anatomische Untersuchungen begründeten Auffassung von dem Leiden, das eine Gefäfserkrankung darstellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über symmetrische Gangrän, von M. Weiss. (*Prager med. Wochenschr.* 1892. No. 46.) Weiss zeichnet das Krankheitsbild der symmetrischen Gangrän folgendermafsen: Wahrscheinlich als Ausdruck einer Affektion vasomotorischer (?) Centren entstehen anfallsweise auftretende sensible, vasomotorische und trophische Störungen, welche durch meistens an Fingern und Zehen auftretende Gangrän ein besonderes Gepräge erhält, das aber nicht das ganze Wesen der Krankheit ausmacht. Gangrän bei Infektionskrankheiten, Diabetes, Gehirn- und Rückenmarksleiden zählt nicht hierher. — Ein seltenes Leiden, besonders im jugendlichen Alter und beim weiblichen Geschlecht; ätiologisch-neuropathische Zustände, Chlorose, psychische Affekte wichtig. — Symptome und Verlauf: Nach vorausgehender psychischer Alteration, vervösen Erscheinungen, Sensibilitätsanomalien treten paroxysmenweise vasomotorische Störungen in den betreffenden Teilen auf, 1. als regionäre Ischämie (lokale Synkope-Raynaud, Anémie lokale-Hardy); 2. als regionäre Cyanose (Asphyxie lokale-Raynaud); 3. als regionärer Rubor durch Krampf der Vasokonstriktoren, der Venen oder der Vasodilatatoren. Alle drei Formen können gleichzeitig nebeneinander bestehen. Die Anfälle dauern Sekunden bis Stunden. — Dazu kommt dann Gangrän meistens als trockener Brand; die Symmetrie derselben braucht sich nur darauf zu erstrecken, dafs gleichnamige Extremitäten ergriffen werden. Lokale Ischämie geht nicht immer der Gangrän voraus; dieselbe ist eine rein trophische Anomalie. Meistens, nicht immer, sind die Endphalangen betroffen; oft nur die Epidermis. — Vasomotorische Störungen in inneren Organen, Arthropathien, Knochenneurosen, Thrombosen, torpide Geschwürchen am Zungenbändchen, Neuritis sind beobachtet. — Symptomlose Pausen, anfallweises plötzliches Auftreten von mit Sensibilitätsstörungen einhergehenden symmetrisch-vasomotorischen Anomalien und von Gangrän sind charakteristisch und unterscheiden das Leiden besonders von der Syringomyelie, der Morvanschen Krankheit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Diskussion über den Vortrag von Senator: **Über Erythromelalgie** in der Berl. med. Ges. am 9. November 1892. (*Berl. klin. Woch.* 1892. No. 48.) G. Lewin hält die Erythromelalgie nicht für einen Morbus sui generis, sie bildet gar keinen einheitlichen Symptomenkomplex. Die vier Kriterien der Krankheit: Rötung, Schmerz, Befallenwerden der unteren Extremitäten und symmetrischer Sitz sind nicht immer vorhanden. Er verweist die meisten Fälle unter die Angioparesen, i. e. die persistierenden Erytheme. Die mit trophischen Störungen komplizierten Fälle können als vom Sympathicus vermittelt angesehen werden. Mit der Raynaudschen symmetrischen Gangrän hat das Leiden nichts zu thun.

Eulenburg beleuchtet durch zwei Fälle die centrale Natur des Leidens. Im ersten Falle stellten sich, nachdem die Erscheinungen der Erythromelalgie immer mehr

zurückgetreten sind, Kopf- und Genickschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel, Taumeln, Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz bis zur vollkommenen Verwirrtheit und Halluzinationen ein, mit Anomalien im Augenhintergrunde. Im zweiten Falle bestanden neben Erythromelalgie diffuse interessante Ernährungsstörungen der Muskeln (juvenile Dystrophie ERB). E. reiht die Erythromelalgie der Syringomyelie, MORVANschen Krankheit, der „Syndrome bulbo-médullaire" von GRASSEL und REMZIER einerseits, der RAYNAUDschen Krankheit andererseits an. All diesen Leiden ist die Kombination vasomotorischer, sekretorischer, sensibler und trophischer Störungen gemeinsam, alle bedeuten wahrscheinlich eine Erkrankung in der seitlichen und hinteren grauen Substanz des Halsmarkes (Region der Seiten- und Hinterhörner). — Nur als vasomotorische Störungen läfst sich weder die RAYNAUDsche Krankheit noch die Erythromelalgie auffassen, man müsse doch zur Erklärung trophische Anomalien heranziehen.

HENOCH hat früher einen Fall mit deutlichem centralen Ursprung mitgeteilt. Es können aber ähnliche Veränderungen auch durch Reflex entstehen; so sah er bei einem Kinde während der Dentition blaurote, ödematöse, schmerzhafte Anschwellungen der Ohren, die nach dem Zahndurchbruch schwanden.

A. BAGINSKI will auch RAYNAUDsche Krankheit und Erythromelalgie scharf trennen. Er sah letztere bei einem 10jährigen, nervösen, psychisch sehr erregbaren Kranken, erstere bei einem Kinde mit schwerer Nephritis post scarlatinam: Beide Oberextremitäten, besonders die Finger wurden blau, eiskalt, ebenso die Ohren, in geringerem Mafse die unteren Extremitäten; an der linken Hand entstanden gangränöse Stellen mit Blasenbildung.

SENATOR betont, dafs auch er die RAYNAUDsche Krankheit (das periodische Absterben der Glieder) von der Erythromelalgie scharf trennt; bei letzterer handelt es sich ja um aktive Fluxion. Dafs viele Fälle von Erythromelalgie in das Gebiet der persistierenden Erytheme gehören, wie LEWIN meint, ist ihm auch zweifellos, aber dieselbe ganz zu den Erythemen zu zählen, geht doch nicht an, denn das Gesamtbild der Erkrankung ist doch ein charakteristisches. So sind die Schmerzen bei Erythromelalgie neuralgisch verbunden mit einem Gefühl der Taubheit, während die Schmerzen beim Erythem nur abhängig sind von der Hautröte.

Hier möchte ich gleich anfügen, dafs GERHARDT in einer Diskussion über die Erythromelalgie im Verein für innere Medizin, den 13. Juni 1892, auch jede Ähnlichkeit zwischen diesem Leiden und der RAYNAUDschen Krankheit leugnet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erythromelalgie bei einem Paralytiker, von MACHOL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Bei einem an Dementia paralytica zu Grunde gegangenen Patienten fanden sich acht Wochen vor dem Tode heftige Schmerzen in den Hacken, so dafs er nicht stehen und gehen, kaum das Deckbett ertragen konnte; bei Berührung war eine fünfmarkstückgrofse Stelle an den Hacken sehr hyperästhetisch. Allmählich trat Rötung und Schwellung ein und blieb bis zum Tode bestehen. Verfasser zählt den Fall zur Erythromelalgie. (Es ist doch fraglich, ob der Fall als Erythromelalgie bezeichnet werden kann. Wenn Verfasser sagt, es liegt eine Veränderung der vasomotorischen Nerven mit folgender Hyperämie, Rötung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit vor, so stimmt das nicht mit seiner Krankengeschichte. Es trat ja umgekehrt der Schmerz lange ein, bevor die Rötung sich zeigte, es kann also die Hyperästhesie nicht die Folge der Rötung sein. Der Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Arzneiexanthem demonstriert EHRMANN im Wiener medizinischen Club, den 2. November 1892: Nach einem Pulver aus Belladonna und Morphium bekam Patient ein Exanthem, charakterisiert durch kleine, rötliche, hie und da mit Bläschen bedeckte, stellenweise zu gröfseren, landkartenartig begrenzten

Flächen konfluierende Punkte an beiden Armen. Das kreisförmige Fortschreiten ist ziemlich unerklärlich, wenn man eine Einwirkung des Giftes auf die Blutgefäfse oder das Nervensystem annimmt. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 91.)

Jessner Königsberg i. Pr.

Über die skorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge (Barlowsche Krankheit), von O. Heubner. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 1892. No. 102.) Die Barlowsche Krankheit tritt bei Kindern gegen Ende des Säuglingsalters auf, zuweilen tritt nach Verdauungsstörungen eine starke Schmerzhaftigkeit besonders der unteren Extremitäten ein; die Kinder schreien beständig, sind schlaflos. Dabei bestehen Fieberbewegungen und Appetitlosigkeit. Die Kinder sind meist gut entwickelt, aber auffallend blafs und zeigen leichte rhachitische Veränderungen. Die Schmerzhaftigkeit betrifft die Diaphysen, die zuweilen cylindrisch aufgetrieben sind; die Haut über ihnen oft angeschwollen, glänzend. Es besteht eine starke blutig-ödematöse Anschwellung an einem oder beiden Augenlidern, die oft zu unförmlichen Wülsten werden, so dafs der Augapfel bedeckt und nach unten und vorne gedrängt ist. Zuweilen leichte Albuminurie. Das Leiden ist schon 1859 von Möller beschrieben, dann 1883 von Barlow als skorbutartiger Prozefs gekennzeichnet. Unpassende Ernährung ist die Ursache derselben, Regelung der Ernährung heilt sie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sekretionsanomalien.

Über die Wirkung des Pikrotoxin auf die Schweifssekretion der Phthisiker, von De Amore. (*Le sperimentale.* 1892.) No. 1. Bei 45 Phthisikern hat Verfasser das Pikrotoxin in Dosen von 0,0005 angewendet. Bei 15 sehr vorgeschrittenen Fällen, in denen das Atropin erfolglos war, hatte Pikrotoxin, 2—4mal täglich gereicht, eine dauernde Wirkung; bei 20 anderen, nicht so heruntergekommenen Kranken erzielte Atropin bei einem Teile eine günstige Wirkung, bei anderen nicht, während das Pikrotoxin die Schweifse vollkommen beseitigte; bei noch anderen zehn leichten Fällen wirkten beide gleichmäfsig. — Das Pikrotoxin bewirkt eine Verengerung der Gefäfse und so auf vasomotorischem Wege eine Sekretionsverminderung, da die Hyperidrosis im vorgerückten Stadium auf einer Reflexparalyse der vasomotorischen Nerven beruht; es kann also noch einen Erfolg haben, wenn die Beeinflussung der Sekretionsnerven durch das Atropin nicht mehr möglich ist. *Jessner-Königsberg i. P.*

Liniment gegen Hyperidrosis der Hände:

Natron biboracic.	
Acid. salicyl.	aa 7,5
Acid. boric.	2,0
Glycerin	
Alkohol	aa 30,0

Mds. Dreimal täglich die Hände einreiben.

(*Journ. d. scienc. méd. de Lille.* No. 29. 1891.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der durch Mangel an Hautfett entstandenen Störungen der Hautfunktion, von O. Rosenbach. (*Therap. Monatsh.* No. 11.) Bei Beurteilung der Ätiologie von Ernährungsstörungen der Haut hat man dem relativen und absoluten Mangel an Hautfett viel zu wenig Beachtung geschenkt, jedenfalls weniger als der Seborrhoe; sonst würde man gewisse Formen der Dermatitis, des artifiziellen Ekzems oder Erythems, die Furunkel- und Aknebildung nicht so oft unter Nichtbeachtung ihrer hauptsächlichsten Ursache, des Fettmangels der Haut, noch mit scharfen, reizenden

und antiseptischen Substanzen behandeln. Ebenso wie durch die starken Antiseptica an den Händen der Ärzte sich eine Dermatitis entwickelt, ebenso giebt es Leute mit anscheinend normaler Haut, die schon das Waschen mit kaltem Wasser und alkalischer oder Neutralseife nicht vertragen können, namentlich chlorotische durch temporäre Talgdrüseninsuffizienz, bei denen sich häufig jene eigentümliche Verdickung der Haut an Ellbogen und Kniescheiben findet, die fast immer zu schmerzhafter Rhagadenbildung führt und bei Vernachlässigung recht unangenehme Formen der Ulceration hervorrufen kann. Hierher gehören auch die Fälle von starker Schweifsbildung bei korpulenten Personen mit enganliegenden Kleidungsstücken, die zu Furunkeln (besonders am Nacken, in den Achselhöhlen, am Rücken und an den Nates) führen. Endlich sind noch die Furunkel der Nase zu erwähnen, die fast immer ihre Ursache in einer abnormen Trockenheit der Nasenschleimhaut haben. Die an Schwäche der Talgdrüsen leidende Haut kann nur geschützt werden, wenn ihm entsprechend reichlich Fett zugeführt wird, und zwar empfiehlt sich vor allem Lanolin, ungesalzene, frische Butter, Coldcream, Schweinefett, in einzelnen Fällen auch Vaselin. Bei Furunkelbildung im Nacken empfiehlt R., den Nacken bis an die Haargrenze, namentlich an heifsen Tagen, nach Abtrocknung des Schweifses, mehrmals täglich einzufetten und das überschüssige Fett mit einem feinen Tuche abzuwischen. Bei Dermatitis der Hände sollen dieselben jedesmal nach dem Waschen und des Abends eingefettet werden. Bei Furunkelbildung in der Nase führe man 2—3mal täglich Watte, mit Lanolin oder Coldcream bestrichen, ein. Die oben beschriebene Form der chronischen Dermatitis an den Ellbogen und Kniescheiben heilt ebenfalls nach 2—3mal täglichen Einreibungen mit diesen Fetten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Kopfläuse fand Trouessart bei einem fünfmonatlichen Kinde wohlhabender Eltern. Die Läuse hatten sämtliche Eigenschaften der Pediculi inguinales und stammten augenscheinlich von der Amme. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 736.) *Türkheim-Hamburg.*

Fall von multiplen Cysticerci der subkutanen Gewebe, von P. H. Pye-Smith. (*Brit. Journ. Derm.* November 1892.) Ein 30jähriger, kräftiger, aber magerer Arbeiter zeigte an verschiedenen Stellen des Körpers in der Haut eingebettet erbsen- bis kirschgrofse Knötchen, deren Natur erst durch Excision und mikroskopische Untersuchung festgestellt werden konnte. Sie erwiesen sich als wohl ausgebildete Cysticerken. Klinisch hatten sie mit Fibromen noch am meisten Ähnlichkeit. Patient hatte kaum Beschwerden davon und wollte sich einer Behandlung nicht unterwerfen. Ätiologisch ist erwähnenswert, dafs er häufig selbstgesammelte Brunnenkresse zu genieifsen pflegte. *Philippi-Nieheim.*

Differentialdiagnose zwischen Cysticercus cellulosae und Gummata, von Prof. Lewin. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 34.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 20. Juli stellte Herr L. zwei Patienten vor, um die Differential-Diagnose zwischen Cysticercus cellulosae und Gummata zu erörtern. Gleichzeitig geht derselbe genauer auf das Vorkommen des Cysticercus in der Haut, auf die von ihm bewirkten Erscheinungen und vor allem auf die Häufigkeit seines Vorkommens ein. Er führt den Beweis, dafs dieser Blasenbandwurm in der Regel gar nicht erkannt und deshalb eine falsche Diagnose auf Gummata, Lipom, Sarkom, Karzinom gestellt wird. Die Diagnose ist um so wichtiger, weil beim Vorhandensein von Hautcysticerken meist solche auch in inneren Organen sich finden und hier Erscheinungen hervorrufen, welche beim Übersehen der Cysticerken in der Haut falsch gedeutet und behandelt

werden. Ein Blick auf die Litteratur bestätigt diese Angaben. Während L. selbst bei einer relativ gröfseren Anzahl Kranker Blasenwürmer aufgefunden, sind solche von anderen Autoren in kaum nennenswerter Zahl beobachtet, also in den meisten Fällen übersehen worden. Der vorgestellte Kranke leidet zugleich an nervösen Erscheinungen, welche von seinem behandelnden Arzt als Neurasthenie aufgefafst und behandelt und welche mit höchster Wahrscheinlichkeit durch Gehirncysticerken erzeugt worden sind. Der andere Kranke, ein 51jähriger Mann, war längere Zeit an Syphilis erkrankt, mehrfach merkuriell behandelt, ist jetzt mit Gummata an verschiedenen Körperstellen, so auch im Hoden, behaftet. Bei diesem Fall richtet L. die Aufmerksamkeit auf die Aplasie der Zungenbalgdrüsen als ein sehr wichtiges pathognomonisches Kriterium zweifelhafter tertiärer Syphilis, ein Symptom, das merkwürdigerweise in keinem Lehrbuch der Syphilis bisher erwähnt wird. Durch zwei Methoden lasse sich diese Beschaffenheit der Zungenbalgdrüsen nachweisen, durch die digitale Untersuchung und durch den Kehlkopfspiegel. Es werden Fälle angeführt, wo dieser Befund allein die Diagnose stützt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Mifsbildungen.

Atrichia adnata, von F. J. Schultz. (*Verhandl. der Rigaer Gesellsch. deutsch. Ärzte.* 1891. pag. 709. Nach dem *St. Louis med. and surg. Journ.* Januar 1892.) Ein 35jähriger, im allgemeinen völlig gesunder Mann zeigte am ganzen Körper ein vollständiges Fehlen jeder Spur von Haarwuchs. Nur an den Mundwinkeln fanden sich etwa 10 dünne, kleine Haare. Dieser komplete Mangel der Haarentwickelung hatte seit der Geburt bestanden. Die Eltern des Patienten waren gesund, aber zwei Schwestern zeigten die nämliche Anomalie. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Makrodaktylie, von Ernst Winckler. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 29 u. 30.) Verfasser entfernte bei einer 23jährigen Frau, deren Oheim eine ähnliche Mifsbildung gezeigt haben soll, den unförmlich grofsen Ringfinger der rechten Hand. Alle Gewebe nahmen an der Vergröfserung teil; besonders auffallend war eine sehr starke Fettwucherung in der Sehnenscheide auf der Volarseite der ersten Phalanx. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neue Details über die Zerstörung der Haare durch Elektrolyse von L. Brocq. (*Sem. méd.* No.17. 1891.) B. braucht sehr feine, 5—6 mm von der Spitze knieförmig gebogene Nadeln. Dieselben lassen erkennen, wie tief die Spitze eingedrungen ist; ihre Einführung ist leicht, besonders an schwerer zugänglichen Stellen (unterer Teil des Kinnes). — Die anzuwendende Elementenzahl, 2—5 M. A., je nach der Zartheit der Hautstelle und der Dicke der Haare, wird eingeschaltet, die Nadel eingeführt, worauf der Patient die positive Elektrode ergreift. B. kann in 20—25 Minuten 90 Haarbälge zerstören. Er empfiehlt, schon bei jungen Mädchen den Flaum zu entfernen, da die Haare später dicker werden und dann leichter Narben nach der Elektrolyse entstehen könnten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Radikalepilation auf elektrolytischem Wege, von A. Sack. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 41.) Zur elektrolytischen Entfernung der Haare gehört vor allem eine konstante, aber schwache Batterie mit Galvanoskop und Einschaltungsvorrichtung, welche plötzliche Schwankungen bei Vermehrung der Elementenzahl verhütet, die stets schmerzhaft sind; Rheostat kann entbehrt werden. Verfasser hat sich zu dem Zwecke eine Batterie aus 16 Leclanché-Elementen konstruieren lassen, die er des näheren beschreibt und abbildet. Sein Verfahren weicht im übrigen von

dem üblichen nicht ab. Er benutzt auch die feinsten Uhrmacher-Reibähl chen und entfernt die Haare sofort nach der Einwirkung des Stromes. — (Eine für die Epilierung geeignete kleine, sehr konstante Batterie ist die Steinsche Batterie von Blönsdorf-Frankfurt a. M., deren Zink-Kohlenelemente mit einer Agarmasse gefüllt sind. Die Batterie braucht so gut wie gar keine Bedienung, da sie höchstens jedes Jahr einmal gefüllt wird und in der Zwischenzeit nichts zu machen ist. Galvanometer, sehr praktische Einschaltungsvorrichtung, Rheostat sind vorhanden; der ganze Apparat ist kompendiös und transportabel. Für andere Zwecke nicht immer stark genug, eignet sich die Batterie mit 25—30 Elementen für den vorliegenden Zweck ausgezeichnet. Der Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Naevi vasculares der rechten unteren Extremität und des korrespondierenden Teiles des Unterleibes mit halbseitiger Hypertrophie, von Braquehaye. (*Gaz. hebdom. de médic. et de chir.* 1892. No. 94. *Centralbl. f. Chir.* 1892. No. 40.) Naevi in Gestalt von Gefäfserweiterungen nach oben, ein Fingerbreit über die horizontale Nabellinie, hinten von mehreren normalen Hautstreifen, die parallel den Lumbalnerven verlaufen, unterbrochen. Die Medianlinie wird nicht überschritten. Am rechten Bein ist die Verteilung ungleichmäfsiger, jedoch sich dem Naevus cruralis, genitocruralis und cutaneus femoralis externus anschliefsend. Die rechte untere Extremität allgemein hypertrophiert. — B. schiebt die Anomalie auf Rechnung von Nerveneinflüssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epidermoide Tumoren der Hand und Finger, von Andry und Lacroix. (*Midi médical.* 19. Nov. 1892.) Verfasser beschreiben 3 Fälle von Atheromcysten, von denen die eine spontan vor 1½ Jahren entstanden, an dem äufseren Rande des linken Zeigefingers safs bei einem Manne von 42 Jahren, die zweite bei einem 18jährigen Mädchen im Anschlufs an ein durch eine in den Finger gedrungene Nadel veranlafstes Trauma (Fingerbeere des rechten Daumens) sich entwickelt hatte und von denen die dritte nach einem Fall auf die Hand bei einem 40jährigen Manne an dem Thenar aufgetreten war. Alle 3 waren scharf umschriebene, subkutane, verschiebliche indolente Tumoren und erwiesen sich mikroskopisch als bestehend aus einer bindegewebigen Kapsel, einer auf derselben nach innen folgenden epithelialen Auskleidung und einem sich aus nicht ganz verhornten Epithelzellen zusammensetzenden Inhalt; es waren also echte Dermoide. (Die wichtigen Arbeiten von Franke, Chiari, Török über das Atherom werden von den Verfassern merkwürdigerweise gar nicht erwähnt. Referent.) *L. Philippson-Hamburg.*

Zwei Dermoidcysten demonstriert Prof. Börner im Verein der Ärzte in Steiermark, die er bei einem 23jährigen Mädchen per laparotomiam entfernt hat; sie gingen von den Ovarien aus. Von einem Ovarium konnte ein Teil als gesund zurückgelassen werden, so dafs eine Konzeption eventuell möglich sein dürfte. Glatte Heilung, Schwinden der vorhanden gewesenen Menstruationsstörungen.

(*Wien. med. Presse* 1891. No. 9. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No 20.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fall von Dermoidcysten von Fr. Bowreman-Jesset. (*Med. press and circ.* Juni 1890, *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 20.) Eine 25jährige Frau zeigte seit zehn Jahren an der Aufsenseite und unterhalb des Unterkiefers linkerseits eine erhebliche Schwellung, zu der sich später eine Schwellung in der Mundhöhle zugesellte. Die Tumoren konnten leicht entfernt werden, es waren Dermoidcysten, die feine Haare im Innern enthielten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zwei praktische Vorschläge bei Urinuntersuchungen, von L. F. Bishop. (*New York. Med. Journ.* 8. Oktober 1892.) Erstens verwende man zum Sedimentieren statt des Spitzglases ein cylindrisches Glas mit konkavem Boden; ein solches gestattet die Bestimmung des spezifischen Gewichtes, und die Niederschläge bleiben nicht an den Seiten des Gefäfses haften.

Die andere Vorschrift bezieht sich auf die Bestimmung des Zuckergehaltes bei Diabetes. Man nimmt zwei 4-Unzen-Flaschen (etwa 120 g), die man mit Urin füllt; die eine wird fest zugekorkt; in die andere kommt der vierte Teil einer komprimierten Fleischmannschen Hefetafel. Man läfst sie an einer warmen Stelle stehen, bis die Glukose in der zweiten Flasche zerstört worden ist, was durch die Fehlingsche Probe bestimmt wird. Die Differenz der Grade des spezifischen Gewichtes giebt annähernd die Anzahl Grane (0.06 g) Zucker in einer Unze (28.4) Urin an. *Philippi-Nicheim.*

Urethrotomia externa, von J. Kennedy. (*New York. Med. Journ.* 8. Oktober 1892.) Von den fünf Fällen endete einer tödlich infolge schon bestehender multipler Abscefsbildung der Nieren, welche bei der Autopsie beide fast total zerstört vorgefunden wurden. Die anderen vier Fälle nahmen einen vollständig befriedigenden Verlauf. Einmal wurde auch ohne Führungsstäbchen operiert. Indikationen waren tiefgelegene und harte Strikturen mit oder ohne begleitende Cystitis und (aufser bei Fall No. III) mit mehr oder weniger akuter Urethritis. Aufser bei ganz oberflächlichen Strikturen zieht Verfasser die externe Methode der internen entschieden vor.

Philippi-Nicheim.

„Die Wahrheit über den Tod Napoleon III." giebt uns Cabanès im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 475. Wir erfahren daraus, dafs Napoleon keine allzuhohe Meinung von der Kunst der Ärzte hatte; dafs diese sein Leiden längst erkannt hatten, er sich aber gegen den Katheterismus sträubte u. s. w. Am 1. Juli 1870 fand eine ärztliche Untersuchung durch fünf Ärzte statt, die übereinstimmend zu einer Operation rieten, und deren schriftliches Gutachten, wie C. glaubhaft macht, auch der Kaiserin vorgelegen hat. Gegen diese erhebt C. den schweren Vorwurf, dafs sie den Krieg herbeigeführt habe, trotzdem sie von dem bedenklichen Körperzustand des Kaisers unterrichtet war. Letzterer habe während des Feldzuges furchtbar ausgehalten, in den letzten Tagen vor Sedan reines Blut geschifft. — Für uns Deutsche ist die Abhandlung eine neue Bestätigung unserer Auffassung, dafs Napoleon selber den Krieg nicht gewollt hat. *Türkheim-Hamburg.*

Ausspülung der Blase bei chronischer Cystitis der Frauen, von A. S. Lobingier. (*Med. News.* 15. Oktober 1892.) Es wird hierbei namentlich auf die dringende Notwendigkeit peinlichster Antisepsis aufmerksam gemacht. Verfasser verwendet mit Vorliebe eine Lösung von Borsäure (8.0) mit Natrium biboracic. (4.0) und Na (2.0) in Wasser. Von diesem Gemisch nimmt er etwa einen Theelöffel voll auf ein halben Liter heifses Wasser. In solchen Fällen, wo die Anwendung von Höllenstein lösungen angezeigt ist, darf diese Lösung natürlich nicht gleichgültig gebraucht werden. Die Ausspülungen werden täglich einmal, nötigenfalls auch zweimal vorgenommen. Es werden drei Krankengeschichten mit günstigem Erfolge bei dieser Methode trotz hochgradiger Symptome ausführlich berichtet. Verfasser glaubt, dafs bei Beobachtung seiner eingehend geschilderten Mafsregeln viele Frauen gerettet werden können, die sonst einer schneidenden Operation verfallen. *Philippi-Nicheim.*

Harnstein in der Pars prostatica urethrae, d'Haenens von (*La Policlinique.* 1892. No. 13.) Der Stein war bohnengrofs und lag schon viele Jahre an genannter

Stelle. d'H. nimmt an, dafs er sich nicht in loco gebildet habe, sondern extraprostatischen Ursprungs sei. Er wurde entfernt mittelst Cystotomia subpubica.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Cladothrix dichotoma im Urin, von D'Haenens. (*La Policlinique.* 1892. No. 13.) Verfasser glaubt, den Befund aus dem Grunde anführen zu sollen, weil er in den Beschreibungen über die Harnbestandteile den Pilz nirgends erwähnt gefunden hat. Derselbe ist übrigens für Mensch und Tier völlig unschädlich.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Urologische Beiträge. II. Zur Frage der operativen Behandlung der Blasengeschwülste, von Dr. Otto Zuckerkandl. (*Wien. klin. Woch.* 1892. No. 37). Unter Wiedergabe von zwei charakteristischen Fällen bespricht der Verfasser die Diagnose, Indikation und Ausführung der Operationen bei Blasengeschwülsten. Für die Diagnose wird der Wert des Cystoskops sehr hoch geschätzt, zur Entfernung der Tumoren vornehmlich der hohe Blasenschnitt empfohlen. Mit Erfolg operabel sind nur umschriebene gutartige Tumoren und maligne Tumoren von nicht zu grofser Ausdehnung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine Harnröhrengeschwulst, von Dr. Brown. (*The Lancet* 18. April 1891. *Deutsch. Mediz.-Ztg.* 1892. No. 20.) Ein 18jähriger Patient mit noch ganz unentwickelten Genitalien litt seit $2^1/_2$ Jahren an plötzlicher Unterbrechung des Harnstrahls, unwillkürlichem Harnabgang in der Nacht, Urinträufeln am Tage; gelegentlich waren Blutungen aus der Harnröhre erfolgt. Die Urethra war vor dem Scrotum ballonartig aufgetrieben, davor eine harte Masse fühlbar. Tod an Urämie. — In der Pars prostatica fand man bei der Sektion eine polypöse, auf der linken Urethralwand sitzende, 2 Zoll lange Geschwulst, nach der Blase kolbig, nach vorne spitz. Die Urethra hinter dem Polypen so stark wie ein Zeigefinger, ihre Wandungen verdickt; Blase hypertrophisch; Nieren cystisch degeneriert. Verfasser nimmt an, dafs der Polyp ursprünglich in der Blase gesessen hat. (War er nicht in der Urethra adhärent?)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Prostatavergrösserung, von Oestreich. (*Berl. med. Gesellsch.* 2. März 1892. *Deutsch. Mediz.-Ztg.* 1892. No. 20.) Die Sektion eines seit 2 Jahren blasenleidenden, 73jährigen Herrn ergab: Ungewöhnliche Vergrösserung der Prostata, besonders in den seitlichen Teilen. Die rechte Hälfte wie eine Mannsfaust, die linke wie eine Birne grofs; von dieser geht ein zungenförmiger Fortsatz in das Innere der Blase. Die Vergrösserung ist durch fibro-muskuläre Wucherung bedingt. In der Urethra verschiedene falsche Wege; von einem geht ein Abscefs zwischen Blase und Rectum, der eine tödliche Peritonitis bewirkt hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tod nach Aspiration der Blase oberhalb der Pubes, von F. D. Sanger. (*New York. Med. Journ.* 10. Sept. 1892.) Bei einem 75jährigen Manne mit impermeablen Strikturen der Urethra wurde unter allen antiseptischen Kautelen durch das Peritoneum aspiriert. Am nächsten Tage Urinentleerung spontan; aber bald traten peritonitische Erscheinungen auf, und es erfolgte der Tod 62 Stunden nach der Aspiration. Die unter erschwerenden Umständen ausgeführte Sektion ergab ausgedehnte Adhäsionen um die Blase, aber offenbar weder Eiter noch Urin in der Beckenhöhle. Nach einfacher Punktion der Blase sind ziemlich viele Todesfälle beobachtet worden, Verfasser hat aber keinen weiteren Fall von Tod nach Aspiration in der Litteratur auffinden können. *Philippi-Nieheim.*

Infektion der Harnblase quer durch die Wand, von Reymond (Pariser Gesellschaft für Biologie. 5. Juli 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 65.) Verfasser

injizierte eine Kultur des Bacillus prodigiosus einem Meerschweinchen unterhalb des Blasenperitoneums. 54 Stunden später bestand eine infektiöse Cystitis, der Urin enthielt eine grofse Zahl der Bacillen. Die Wand der Blase war im Niveau der Infektion verändert, die Blasenschleimhaut an der korrespondierenden Stelle Sitz einer hämorrhagischen Entzündung. — Es kann also eine infektiöse Cystitis entstehen durch Fortschreiten quer durch die Wand ohne direkte Zerstörung derselben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sarcine im Harn ohne nachteilige Folgen. James Finlayson fand bei einem 57jährigen Manne zufällig Sarcine im Harn, der trübe war, sonst nichts Pathologisches aufwies. 15 Jahre später war derselbe Befund zu erheben; wahrscheinlich war bei einer Katheterisation, der der Patient sich im Alter von 30 Jahren wegen Beschwerden beim Urinlassen unterziehen mufste, die Sarcine hineingelangt, da Patient noch zwei Jahre darauf Erscheinungen von Blasenreizung hatte, die mit der Zeit aber schwanden. — Züchtung gelang nicht. — In einem anderen Falle fanden sich nach acht Tage langem Katheterisieren im Wochenbett neben leichter Pyelitis Sarcine im Harn, die auch nach 3 Jahren nachgewiesen werden konnte. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1891.)

George S. Middleton fand bei einem 45jährigen Manne mit einem Rückenmarksleiden ebenfalls Sarcine in dem trüben, sonst aber normalen Harn. Ob jemals Katheterismus bei ihm ausgeführt war, ist nicht festgestellt. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1891.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Harnsäure, von N. Wiest. (*Med. News.* 22. Oktober 1892.) Verfasser hat selber fünf Jahre einen Überschufs an Harnsäure dargeboten und berichtet über Beobachtungen, die er an sich selber, sowie an anderen in ähnlicher Weise affizierten Patienten gemacht hat. Die Symptome, welche er auf ein Übermafs an Harnsäure im Organismus zurückführt, sind (neben Rheumatismus und Tonsillitis als Komplikationen oder Folgezustände) Kopfschmerzen, namentlich des Morgens eintretend, Rückenschmerzen, Abgeschlagenheit, Schwindel, Sehstörungen, Ohrensausen, Blutandrang zum Gesicht, ferner Abneigung gegen geistige und körperliche Anstrengung, Reizbarkeit, Indigestion und Neuralgien, und namentlich Pruritus hiemalis. Ein sehr ausgesprochener Fall mit vielfachen nervösen und auch psychischen Störungen wird ausführlich geschildert und die passende Therapie (im Anschlufs an Professor Haig) kurz angegeben.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von spontaner Expulsion eines grofsen Steines aus der Scheide, von Henry F. Leonard. (*Med. Ricord.* 17. 40. 1891.) Bei einer 60jährigen, paraplegischen Frau trat ein hühnereigrofser Stein durch die Vagina aus, nachdem sie zwei Jahre an Harnträufeln und Wundsein der äufseren Genitalien gelitten. Von der vorderen Scheidewand führte eine Öffnung in einen kurzen wie mit Sandkörnchen belegten Kanal — die Urethra —, von dem man in die gleichfalls grieſsartig belegte Blase gelangte. Ausspülungen mit Kalium permanganicum besserten die Blasenbeschwerden; der Fistelgang blieb bestehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Ruptura urethrae, von Dr. Kumar. (*Wien. med. Bl.* 1892. No. 14.) Ein Schleifer safs rittlings neben einem grofsen durch Dampfkraft getriebenen Schleifstein, als dieser zersprang und ein Stück gegen Perineum und linken Oberschenkel schlug. Bei der Aufnahme: Shockerscheinungen, am Mons veneris, am Damm, an der Innenfläche der Oberschenkel Blutergüsse; Prolaps des zerquetschten linken Hodens; Blutung aus der Harnröhre; die Blase als kugelige Geschwulst bis an den Nabel reichend; Katheterismus unmöglich. Nach Urethrotomie wurde aus der Blase ein Liter mit Blut gemischten Harns entleert. Trotzdem eine Orchitis mit akuter Hydrocele sich ausbildete, in einer Nacht eine profuse Blutung wahrschein-

lich aus der Art. pudend. communis eintrat, die nur durch Tamponade zu stillen war, und ein Abscefs am Oberschenkel entstand, wurde der Patient doch bis auf eine kleine Fistel am Damm geheilt entlassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Erysipel der Harnblase, von Prof. A. v. Frisch. (*Internat. klin. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Nach einer kurzen klaren Übersicht über die Publikationen betreffend das Erysipel der Schleimhäute und den Befund von Kokken im Harne teilt Verfasser einen Fall von Blasenerysipel bei einem 52jährigen kräftigen Mann mit, der wegen chronischer Prostatitis in Behandlung stand. Diese hatte sich vor 20 Jahren aus einer durch gonorrhoische Infektion bedingten akuten Prostatitis mit Durchbruch in die Blase entwickelt und führte alljährlich wenigstens einmal zu kleinen Eiterungen; nach 1—2tägigem Fieber entleerte sich der Eiter stets in die Blase. Sobald der Harn trübe wurde, war der Anfall vorbei. In der Zwischenzeit quälte ihn nur durch nichts zu bekämpfender Priapismus. Zeitweilig trat rasch vorübergehende Harnverhaltung ein. Die Prostata war geschrumpft, an der Oberfläche höckerig, stellenweise grubig vertieft. Den 4. Februar 1892 heftiger Schüttelfrost (40,5), tags darauf 35,5, Druck im Perineum, vermehrter Harndrang, Brennen in der Blase, linker Prostatalappen geschwollen, auf Druck empfindlich. — Den 6. Februar Fieber geschwunden, Harn getrübt, eiteriger Bodensatz, jedoch den 8. Februar erneuter heftiger Schüttelfrost, dann zwei fieberfreie Tage. Vom 11. Februar ab wieder hohes Fieber, Zunahme der Beschwerden und Allgemeinerscheinungen, Sopor. Den 13. Februar Milzschwellung; Vergrößerung der Prostata (Abscefs?) nicht zu fühlen; im Harn Eiter, Epithelien, einzelne Streptokokken. Den 14. Februar Erysipel am Unterschenkel; vom ausgedrückten Prostatasekret und dem durch Centrifugieren gewonnenen Harnsediment werden Kulturen angelegt. Den 15. Februar Untersuchung mit Cystoskop nach Eingiefsen einer kokainhaltigen Borsäurelösung; intensiv hochrote, stellenweise tiefblaurote, stark gewulstete und faltige glatte, ödematöse Schleimhaut mit kleinen Ecchymosen. — Das Erysipel der Haut schreitet weiter; es tritt den 18. und 19. Februar Anurie ein, der dann unter Nachlafs der Schmerzen und des Fiebers Polyurie folgt. Während das Erysipel der Haut über den ganzen Rumpf und Kopf wandert, bessert sich die Beschaffenheit des Urins, derselbe wird klar, enthält nur noch lange viel abgestofsene Epithelien. Schliefslich erblafst auch das Erysipel der Haut, und es tritt Heilung ein, sogar mit Schwund des Priapismus. — Das Erysipel der Haut in diesem Falle trat in metastatischen vielfachen Herden stets unter Schüttelfrost auf und ist wohl daher nur durch Infektion auf dem Wege der Blutbahn von der Blase aus zu erklären. — Die Kulturen ergaben stets Streptokokkenkolonien, die verimpft bei Kaninchen Erysipel erzeugten. — Die Injektion der aufgeschwemmten Kulturen in die Blase erzeugte, wenn gleichzeitig die Urethra abgebunden war, eine eiterige Cystitis mit Rötung und Schwellung der Schleimhaut und Ecchymosenbildung auf derselben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Radikalkur der einfachen Hydrocele nach einem neuen Verfahren von Quattrocioccchi. (*Società Lanciscana degli Ospedali di Roma. Riform. med.* 12. September 1892.) Einführung eines 0,2—1,2 m langen Katgutfadens (No. 3—5) in das Cavum der Hydrocele während der Punktion. Heilung von neun Patienten, seit mehr als einem Jahre von Bestand. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verfahren bei der Anästhesie der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele durch Jodinjektionen, von E. Nicaise. (*Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris.* Bd. 18. S. 151.) Zur Vermeidung der Vergiftung durch Kokain verfährt N. folgendermafsen: Punktion der Hydrocele, Ausfliefsenlassen von einem

Drittel des Inhalts, Injektion von 3—4 ccm einer 2—5% Kokainlösung; nach 4—5 Minuten Entleerung der ganzen Flüssigkeitsmenge, Jodinjektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur galvanokaustischen Amputation des Penis von SCHICK. (*Beiträge zur klin. Chirurg.* Bd. 19.) Die galvanokaustische Amputatio penis giebt keinen Blutverlust und gute Resultate; die Striktur der Harnröhrenmündung wird durch Urethroplastik vermieden. — Von 32 Fällen in Tübingen wurden 28 in dieser Weise operiert, von 20, die längere Zeit am Leben blieben, wurden 13 dauernd geheilt, 6 gingen an krebsiger Entartung der Leistendrüsen zu Grunde, die also regelmäfsig auszuräumen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Plastik der Hypospadie von C. LAUENSTEIN. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 43. S. 203—207.) Durch eine einfache und geistreiche Plastik, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden mögen, gelang es L., den kurzen Penis eines Hypospadiäus aus seiner versteckten Lage zwischen den Skrotalhälften emporzuheben und den Kranken zu befähigen, den Urin in stehender Haltung ohne Benetzung des Skrotum zu lassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hodenkrebs bei einem Kinde von SABRAZÈS und FROMAGET. (*Société de médecine de Bordeaux. Journ. de méd. de Bordeaux.* 1890. No. 20.) Bei einem 2½jährigen Kinde hatte sich vor acht Monaten in der linken Seite des Skrotum eine Geschwulst entwickelt von der Gröfse einer Mandarine, sehr harter Konsistenz und geringer Schmerzhaftigkeit. Kastration, Heilung ohne Zwischenfall. Makroskopische Untersuchung: Epithelialkarzinom mit geringer Bindegewebsentwickelung. Verfasser sind aus der Litteratur 26 Fälle ähnlicher Leiden bekannt, von denen 2 Enchondrome, die übrigen Karzinome und Sarkome darstellen. Prognose ungünstig, da nach 6—12 Monaten Recidive auftreten, welche den Tod herbeiführen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den kausalen Zusammenhang von Verdauungsbeschwerden mit der Harnretention von Dr. ALAPY. (24. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher zu Kronstadt den 22.—25. August 1892. *Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) Manche Verdauungsstörungen stehen im Zusammenhang mit Harnretention und werden am besten durch methodische Entleerung der Blase behandelt. In der Diskussion betonen Dr. TEMESVARÝ und BÁCSKAY, dafs der Zusammenhang auch nervösen Charakters sein kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chirurgische Erkrankungen der Harnorgane. Blasenstein, von W. S. FORBES (*Med. News.* 22. Oktober 1892.) Verfasser bespricht die drei verschiedenen Methoden der Steinoperation, Litholapaxie, Perinealschnitt und Sectio alta, wobei er seine Vorliebe für die BIGELOWsche Methode, wo immer dieselbe angängig ist, betont. Dabei citiert er ausführlich die Arbeiten von P. J. FREYER (*Brit. Med. Journ.* 1891. Pag. 1005 ff.), der 470 Litholapaxien ausgeführt und auch mehrere junge Knaben nach dieser Methode behandelt hat. Die Details dieses Verfahrens, sowie des hohen Blasenschnittes sind genau und ausführlich mitgeteilt. *Philippi-Nicheim.*

Uropoëtisches System. Klinische Beobachtung, von J. VERTROOGEN. (*La Policlinique.* No. 15.) Es wird ein ausführlicher klinischer Bericht gegeben über einen 67jährigen Mann mit Dysurie, verengtem Orificium externum urethrae, Balanitis, Cystitis und renaler und perirenaler Eiteransammlung. Die Behandlung besteht in Erweiterung des Orificium, vielleicht auch mit Circumcision, Ausspülung der Blase, regelmäfsigem Katheterisieren, Incision des perinephritischen und auch Entleerung des renalen Eiters. *Philippi-Nicheim.*

Zur Frage der abortiven Behandlung der Bubonen, von LETNIK. (*Wratsch.* No. 23 u. 25. 1892.) Von 120 Spital- und 20 Privatkranken, die Verfasser mit parenchymatösen Injektionen von 0,01 Hydrargyrum benzoicum oder cyanatum (nach ZEHENDER), Druckverband und Bettruhe behandelte, wurde von den erstgenannten bei 104, von den letztgenannten bei 18 Resorption der Schwellung erzielt, und zwar durchschnittlich in $9^{10}/_{11}$ Tagen. Mifserfolge waren nur in den Fällen mit oberflächlicher Fluktuation und Verdünnung der Haut zu verzeichnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die manuelle Behandlung des nächtlichen Bettpissens. (Enuresis nocturna, von M. J. RAWIKOWITSCH. (*Archiv f. Kinderheilkunde.* XV. 34.) Verfasser hat die von CZILLAG warm empfohlene Massage gegen Enuresis nocturna bei 10 Kindern angewandt und in 12—14 Sitzungen gute Erfolge erzielt. Er rät deshalb weitere Versuche in dieser Richtung an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein einfacher Apparat zum Sterilisieren von weichen Kathetern (und Bougies), von ROBERT KUTNER. (*Therap. Monatsh.* No. 11.)

Die Sterilisierung der Metall- und Kautschukinstrumente kann einfach durch Auskochen bewirkt werden, Schwierigkeiten bieten nur die fragilen lackierten Gummi- resp. Seiden- (gesponnenen) Katheter und Bougies; diese aber spielen bei Behandlung des Residualharnes (bei Prostata hypertrophica) die wichtigste Rolle. Die Sterilisierung derartiger Instrumente stellt drei Forderungen: 1. Zuverlässige Sterilisation, besonders gegenüber dem röhrenförmigen Lumen der Katheter; 2. Sterilisation, die die nicht sehr widerstandsfähigen Instrumente möglich wenig angreift; 3. schnelle Sterilisation, da man in die Lage kommen kann, schnell eingreifen zu müssen. K. hat einen Apparat konstruiert, wo der strömende Dampf durch das Innere des Katheters geht. Die bakteriologische Prüfung hat ergeben, dafs Katheter, die mit zersetztem Harne infiziert wurden, nach 7 Minuten Aufenthalt in dem Apparate absolut steril waren. Ein MERCIER-Katheter vertrug eine 14 malige Sterilisierung. Der Apparat ist von Vergne-Paris, 116 Rue de Rivoli fabriziert, und in Berlin bei Windler & Löwy zu haben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Behandlung der blennorrhagischen Cystitiden mittelst Sublimatinstillationen, von LOUMEAU. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux.* 1892. No. 10.) L. hat bei 6 Patienten mit akuter und chronischer blennorrhoischer Cystitis die GUYON-schen Sublimatinstillationen mit bestem Erfolge angewendet. Die Konzentration der wässerigen Sublimatlösungen (kein Alkoholzusatz!) variierte von 1 : 4000 bis 1 : 3000. Instilliert wurden in jeder Sitzung (wöchentlich 2 mal) bei akuter Cystitis 20, bei chronischer 30—40 Tropfen der Lösung; in den Fällen der letzteren Kategorie wurden gleichzeitig Blase und Urethra posterior mit der Flüssigkeit in Berührung gebracht. Vor dem Argentum nitricum hat das Sublimat den Vorteil gröfserer Wirksamkeit und Reinlichkeit. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Behandlung der Cystitis mit Sublimatinstillationen. Klinischer Vortrag von A. D'HAENENS. (*La Policlinique-Brüssel.* 1892. No. 10.) Vortragender hat die von GUYON eingeführten Sublimatinstillationen bei verschiedenen Patienten angewendet und zwar in Konzentrationen bis 1 : 3000. Zur Vermeidung resp. Verminderung der Intoleranzerscheinungen wurden dieselben bei gefüllter Blase vorgenommen. Er hat hierbei die Beobachtung gemacht, dafs bezüglich der günstigen Wirkung bei gonorrhoischer Cystitis das Sublimat dem Argentum nitricum nachsteht. Sehr vorteilhaft können sich hingegen die Resultate gestalten bei tuberkulöser Cystitis.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Gonorrhoe und Mikrobien; Behandlung des Tripper-Rheumatismus mit Sublimat-Einspritzungen, von JULLIEN. (*Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892. S. 388.) J. hat einen Fall von Tripper-Rheumatismus mit Sublimat-Einspritzungen erfolgreich behandelt. An diese Mitteilung knüpft er Untersuchungen über die verschiedenen Formen der Urethritis. — In Begleitung des Gonococcus NEISSER fand er häufig noch andere Pilzarten. Sowohl beim Tripper, wie bei der einfachen Urethritis kann es zu gonorrhoischen Gelenkentzündungen kommen, wobei die erkrankten Gelenke bald den Gonococcus enthalten, bald frei davon sind. — Zum Schluſs bemerkt J., daſs beim Tripper der Gonococcus sich immer im Sekret nachweisen läſst.

Türkheim-Hamburg.

Die Peritonitis gonorrhoica der Frauen, von CHARRIER. (Referiert in *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1892. S. 389.) Die Pelveo-Peritonitis tritt gewöhnlich in der 2.—3. Woche der Bestehens eines Trippers auf und wird gewöhnlich mit Schwere im Unterleib, Ziehen in den Seiten u. s. w. eingeleitet, dann kommt es plötzlich zu heftigen Schmerzen, meistens in der linken Seite, Übelkeit, Erbrechen, Meteorismus, später auch Fieber. Bei geeigneter Behandlung und namentlich, wenn die Menses sich reichlich einstellen, gehen alle diese Erscheinungen bald wieder zurück. Andernfalls gewinnen sie noch an Ausdehnung und verschlimmern sich während der Zeit, in der die Menses eintreten sollten. Derartige Fälle sind schon öfters von Klinikern irrtümlich für eine Peritonitis menstrualis gehalten worden. — Kommt zu der Peritonitis gonorrhoica noch Amennorrhoe oder Dysmennorrhoe hinzu, so verschlimmern sich alle Symptome noch. — Die Untersuchung ist wegen der groſsen Schmerzhaftigkeit sehr erschwert. — Der Ausgang ist selten ein tödlicher, dagegen kommt es häufig zu Verwachsungen. Sterilität, Ovaralgie, Hysteralgie sind die Folgen.

Türkheim-Hamburg.

Gewisse Erscheinungen in der Gonorrhoe beim Weibe, von C. P. NOBLE. (*New York. Med. Journ.* 22. Okt. 1892.) Verfasser führt aus, daſs bisher noch kein Fall bekannt sei, bei welchem eine gonorrhoische Salpingitis und Oophoritis so weit wiederhergestellt worden seien, daſs Konzeption wieder möglich wurde. Er ist wegen der Eigenschaft der Gonokokken, bis ins letzte Ende der Tuben hinaufzuwandern, geneigt, bei gonorrhoischer Erkrankung der Adnexa im Fall einer Operation nicht nur die erkrankten Teile, sondern auch die anscheinend noch intakten Anhängsel des Uterus zu entfernen.

Philippi-Nieheim.

Die Behandlung des Trippers beim Manne, von EDMUND SAALFELD. (*Der ärztl. Praktiker.* 1892. No. 33. 34.) Verfasser giebt dem praktischen Arzt eine klare Anleitung zur Behandlung der Gonorrhoe, in der vor allem auch die Trennung der Erkrankungen der Pars anterior und posterior urethrae betont wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Abortivbehandlung des Trippers. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 36.) Nach JANET (*Annal. de mal. des org. gén.-ur.* 1892. 4—6) soll Kalium permanganicum zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe geeignet sein, die durch dasselbe angeregte seröse Exsudation vernichtet die Gonokokken: Abspülen der Urethra von vorne nach hinten vorgehend mit einem Liter einer $^1/_2$ ‰ Lösung von Kalium permanganicum und Vorlegen eines in diese Flüssigkeit getauchten Wattepfropfs; 5 Stunden später Ausspülen mit 1 : 1500 einschlieſslich der Pars bulbosa, 5 Stunden später mit 1 : 1000. Die letzten Ausspülungen sind schmerzhaft. Nach 12 Stunden wieder Ausspülung mit $^1/_2$ ‰, nach weiteren 12 Stunden wieder, und so fort noch 4—6 Tage. Der Erfolg soll sicher sein. — Jedenfalls muſs das Verfahren noch geprüft werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Société de Dermatologie (Sitzung vom 23. April 1892) berichtet Ehlers-Kopenhagen über einen Fall von **Blennorrhoea urethrae**, der insofern interessant ist, als die Inkubationszeit volle 22 Tage betrug.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Herzkrankheiten bei Gonorrhoe, von Wilh. His. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 40.) Verfasser beschreibt einen Fall, bei dem die Gonorrhoe zu schweren pyämischer Erkrankung geführt hat. Im Verlaufe eines Trippers von geringer Intensität kommt es zur Bildung septischer Thromben in den Venen der Prostata und des Plexus pubicus, von denen die weitere Infektion des Körpers ausgeht. Zunächst lokalisiert sich der Prozefs auf den Aortenklappen, anfangs latent, dann, nach heftiger Gemütsbewegung und gründlicher Durchkältung, manifestiert sich die ulceröse Endocarditis in Hautembolien, die unter Schüttelfrösten auftreten und von einem rein hyperämischen, septischen Exanthem begleitet werden. Der weitere Verlauf ist der einer pyämischen Erkrankung: septische Embolien in Milz, Niere und Lungen, multiple Hämorrhagien unter die serösen Häute und in zahlreiche Organe, interstitielle Entzündung des Herzmuskels und wohl, als deren Folge, schliefslich Herzschwäche, die zum Tode führt. Fälle von Endocarditis ulcerosa nach Gonorrhoe sind keineswegs häufig. Verfasser stellt noch die in der Litteratur bekannten Fälle zusammen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über das Methylenblau bei der Malaria und bei der Gonorrhoe, von E. Boinet und Trintignau. (*Bull. méd.* 1892. No. 46. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 13.) Die Verfasser haben an sich und anderen die günstige Wirkung des Methylenblau, 0,5—1,0 pro die in Pillen, erfahren. Der Urin wird erst grün, dann dunkelblau. In fünf Fällen von Gonorrhoe erzielten sie sehr guten Erfolg, teils durch innerliche Darreichung, teils durch Injektionen. Die Mikrobien der Urethra werden gefärbt und verlieren ihre Virulenz und Vitalität.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein verbesserter Katheter, sowie einige Bemerkungen betreffs Behandlung der Harnröhre, von C. Wächter. (*New York Med. Monatsschr.* 1892. No. VIII.) Verfasser hat zur Behandlung des hinteren Teils der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre einen Katheter konstruiert, der aus einer engeren inneren Röhre (Zufluſs) und einer weiteren kürzeren äuſseren (Abfluſs) besteht. Die Irrigationsflüssigkeit tritt durch rückwärtsführende Öffnungen in die Harnröhre und läuft dann durch das äuſsere Rohr ab. Verfasser beginnt die Gonorrhoebehandlung mit Ausspülungen mit Borsäure oder Heidelbeerdekokt und untersucht mit Knopfsonde oder Endoskop. Dann kommen allmählich steigende Instillationen von Argentum nitricum-Lösungen (bis 25%) mittelst des eben erwähnten Katheters. Besonders gut bewährt sich dieser bei Behandlung der Spermatorrhoe. Diese kommt viel häufiger vor, als man im allgemeinen annimmt, und bildet bei erkrankter Prostata die Ursache der sexuellen Schwäche, Neurasthenie etc.

F. Hahn-Bremen.

Über die Maſsnahmen zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum, von Kirstein. (*Allgem. med. Central-Ztg.* 1892. No. 61 u. 62.) Bei der Umarbeitung des Hebammenbuches wurde bei der Frage, ob den Hebammen eine prophylaktische Thätigkeit zur Verhütung der Augenblennorrhoe vorzuschreiben sei, von Olshausen beantragt, dies nicht zu thun, während Bockendahl das Credésche Verfahren vorgeschrieben wissen will. Letzterer Antrag wurde von der wissenschaftlichen Deputation angenommen.

Verfasser prüft nun die bisher geübten Methoden zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum auf ihre Nützlichkeit.

I. Das Credésche Verfahren (Eintröpfelung von 2%iger Argentum nitricum-

Lösung) hat brillante Resultate ergeben, reizt aber mitunter, wenn auch nur in geringer Weise.

II. Die Methode KALTENBACH (Ausreiben der Scheide mit 1%igem Sublimat, Nachspülen mit 4 Litern 1 : 3000 Sublimatlösung) wies bei strenger Durchführung nie Infektion der Augen auf; doch ist die Anwendung so starker Sublimatlösungen gefährlich, auch kann eine so sorgfältige Reinigung der Kreifsenden nicht immer durchgeführt werden; endlich ist eine Ausspülung bei normaler Geburt überhaupt nicht wünschenswert.

III. Die Methode SCHIRMER-KORN nimmt die Infektion nach stattgehabter Geburt durch die Hände des Kindes, der Mutter oder der Hebamme an; es sollen daher die Augen unmittelbar nach der Geburt, noch vor der Abnabelung, nur mit reinem Wasser und reinem Leinen gereinigt werden; auch diese Methode ergab vorzügliche Resultate.

Wenn man nun Methode II. aus den angegebenen Gründen fallen läfst, so läfst sich gegen das CREDÉsche Verfahren anführen, dafs es meistens überflüssig ist, Reizungen macht, von den Hebammen eine Leistung beansprucht, die ihre Aufmerksamkeit von der Nachgeburtsperiode ablenkt, durch ungeschicktes Manipulieren schaden kann und den Apparat der Hebammen kompliziert; ferner wird die Sorge der Hebammen für Reinlichkeit und sorgfältige Desinfektion ihrer Hände eingeschläfert, wenn sie wissen, dafs sie ein Mittel haben, welches etwa eingetretene Infektion verhindern kann. Andererseits erzieht die III. Methode die Hebammen zu dem, was man in erster Linie von ihnen verlangen mufs, zur skrupulösesten Reinlichkeit; Verfasser wünscht daher, dafs obiger Beschlufs der Deputation nicht der definitiv mafsgebende bleiben möge; wohl aber sollen die Hebammen in der Ausübung der CREDÉschen Methode als eines wirksamen Notbehelfes unterrichtet werden.

F. Hahn-Bremen.

Personalien.

Dr. HANS V. HEBRA wurde vom französischen Unterrichtsminister zum Officier d'Académie ernannt.

Privatdocent Dr. ARNOZAN ist zum Professor der Therapie, Privatdocent Dr. FERRÉ zum Professor der experimentellen Medizin in Bordeaux ernannt.

Am 22. Oktober fand in St. Petersburg die Jahresversammlung der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft statt, welches fast ausschliefslich er Feier des 30jährigen Jubiläums des Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. BENJAMIN TARNOWSKI gewidmet war. Die genannte Gesellschaft hat den Jubilar, welcher seit ihrer Begründung vor 8 Jahren Präsident derselben ist, zum Ehrenmitgliede gewählt und beschlossen, auf den Namen des Jubilars eine Prämie zu stiften, welche für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Syphilidologie vergeben werden soll.

Verschiedenes.

Über die Sterilisation von Jodoforminjektionsflüssigkeiten, von L. von Stubenrauch. (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1892. No. 34.) Verfasser fafst die zur Sterilisation von Jodoforminjektionsflüssigkeiten nötigen Mafsnahmen folgendermafsen zusammen: Die zur Aufnahme der Emulsion bestimmten braunen Gläser sollen kurz gebaut sein und einen weiten Hals besitzen; während der Sterilisation sollen sie unverschlossen bleiben. Die Menge der in einem Glase enthaltenen Flüssigkeit soll nicht mehr als 10,0 betragen, die Gläser erst einige Minuten nach beendigter Sterilisation verschlossen werden. Das alles soll die zu starke Entwickelung von freiem Jod verhindern, die sonst bei der Sterilisation statthat und heftige Reizerscheinungen machen kann. — Eine besondere Vorsicht soll auch die Auswahl des Glycerins erheischen, da unreine Glycerinsorten bei der Sterilisation besonders viel aus dem Jodoform freigewordenes Jod aufnehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wiederherstellung eingesunkener Nasen, von R. F. Weir. (*New York Med. Journ.* 22. Oktober. 1892.) Die bekannten Sattelnasen, die man relativ häufig als Folge der Zerstörung der Nasenknochen, namentlich im Verlauf der Syphilis, sieht, bedingen eine erhebliche, aber nicht leicht zu beseitigende Entstellung. W. versuchte, bei einem derartigen Patienten durch Einlegen eines Stückchens Knochen vom Brustbein einer jungen Ente die Deformität zu beseitigen. Das Resultat war nur teilweise befriedigend, da der implantierte Knochen nach 8 Wochen wieder entfernt werden mufste. Bessere Resultate ergab die Anwendung der von C. Martin-Lyon angegebenen Platinstützen. Drei auf diese Weise behandelte Fälle zeigten eine bedeutende Besserung. Verfasser berichtet zugleich über einige andere von ihm ausgeführte plastische Nasenoperationen. *Philippi-Nieheim.*

Die Verwendung des Jodcollodiums bei den Haarkrankheiten als Enthaarungsmittel, von L. Butte. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892 S. 459.) Butte empfiehlt das Jodcollodium weniger als Heilmittel bei den verschiedenen Formen des Haarschwunds. Er hat hier nur bei frühzeitiger Anwendung, wenn erst wenige kahle Stellen vorhanden sind, leidliche Erfolge zu verzeichnen. Dagegen hat es ihm als Enthaarungsmittel beim Herpes tonsurans (Teigne tondante) die besten Dienste geleistet. Bei dieser Krankheit ist es ungeheuer mühsam und zeitraubend, die kranken Härchen mittelst Pincetten von den Plaques zu entfernen. Bestreicht man die Plaques dagegen an 3—4 aufeinanderfolgenden Tagen täglich mit einer dicken Schicht Jodcollodium und entfernt die ganze Masse nach 14 Tagen behutsam, so sitzen so ziemlich sämtliche kranke Haare an der Innenfläche des Jodcollodium-Mantels. Natürlich hat dann erst die eigentliche Behandlung der Trichophytiasis mit Waschungen u. s. w. zu beginnen. Die Heilung erfolgt gewöhnlich in 2—3 Monaten. Dasselbe Verfahren empfiehlt sich auch für den Favus.

Die Zusammensetzung des Jodcollodiums ist folgende:

Spirit. vin.	12,0
Jod. pur.	0,75
Collod.	35,0
Ol. therebinth.	1,5
Ol. ricin.	2,0

Türkheim-Hamburg.

Als Depilatorium empfiehlt T. Augustus Fox die Verbindung von Schwefelbaryum mit Stärkemehl und Zinkoxyd zu gleichen Teilen. Vor der Anwendung mit Wasser zu einer Paste verarbeiten und 2—3 Minuten auftragen, dann mit einem stumpfen Messer entfernen.

(*Brit. med. Journ.* 19. März 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Stomatitis infolge von Reizung der Epithelperlen im Munde neugeborener Kinder, von H. J. Garrigues. (*Med. News.* 1. Okt. 1892). Bekanntlich hat Epstein auf das Vorhandensein eigentümlicher Epithelperlen im Munde neugeborener Kinder aufmerksam gemacht. Diese Gebilde sind kleine, weiſse, kugelige Tumoren von Stecknadelknopf- bis zu Hirsekorngröſse und sitzen meistens an der Übergangsstelle des harten in den weichen Gaumen; manchmal findet man nur einen einzigen, manchmal mehrere, zwei bis fünf. Aufsen sind sie härtlich, oft fast wie Knorpel, innen dagegen weich. Manchmal sieht man sie erst einige Tage nach der Geburt hervortreten, meistens sind sie aber unmittelbar etc. zu sehen. Wenn sie nicht gereizt werden (durch zu vieles Mundauswischen), verschwinden sie im Laufe weniger Wochen, spätestens am Ende des ersten Jahres vollständig. Von den Bednarschen Aphthen überm Hamulus pterygoideus unterscheiden sich die aus den Perlen entstehenden Geschwüre durch ihren Sitz, von Soor und Diphtherie auch durch die sonstigen bekannten Eigenschaften. Die in diesem Artikel beschriebene Epidemie von Stomatitis hörte sofort auf, als das energische Auswischen des Mundes sistiert wurde.

Philippi-Nieheim.

Handdesinfektion, von Prof. Howard A. Kelly. (*The american Journ. of Obstetrics* 1891, No. 12. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 19. Als bestes Desinfektionsmittel der Hände empfiehlt der Verfasser:

1. Zehn Minuten Bürsten mit 40° warmem Wasser mit besonderer Berücksichtigung der Nägel;

2. Eintauchen in 25% mit kochendem heifsen Wasser hergestellter Lösung von Kalium permanganicum, bis die Hände ein dunkleres Kolorit annehmen. Zur Entfärbung der Hände wird eine gesättigte Oxalsäurelösung genommen;

3. Abspülen in warmem, sterilem Wasser.

Ob das Verfahren bequem und schnell ausführbar ist, daran dürfte man füglich zweifeln.

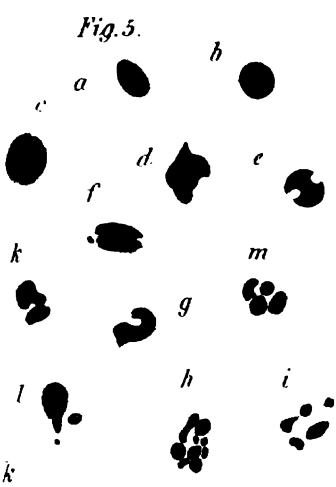
Jessner-Königsberg i. Pr.

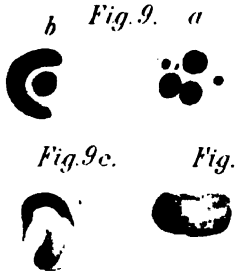
Über eine seltene Haargeschwulst im menschlichen Magen, von O. Bollinger-München. (*Med. Abhandlungen* I. Reihe. 4. Heft. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 21.) Ein 14jähriges Mädchen erkrankte an Verdauungsstörungen und Schmerzen im Magen, an dem ein Tumor fühlbar war. Dieser erwies sich bei der Sektion als ein in dem Magen liegender Knäuel verfilzter Haare. Im Alter von vier bis fünf Jahren hatte dasselbe die Gewohnheit gehabt, Haare durch den Mund zu ziehen und dabei wahrscheinlich stets die Enden abgebissen. In der Litteratur sind neun derartige Fälle bekannt, darunter ist einer von Schönborn mit Erfolg operiert.

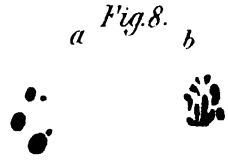
Jessner-Königsberg i. Pr.

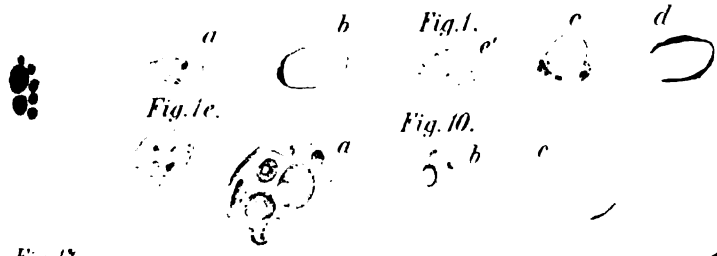
Die bekannte Firma Heinrich Mattoni, erste k. k. konzessionierte Fabrik für Moorextrakte, Salze und Mineralwasserfabrik, hat auch in diesem Jahre einen sehr geschmackvoll ausgestatteten Abreifskalender zur Versendung gebracht, der für die Herren Kollegen deshalb sehr willkommen sein dürfte, weil er neben seiner Eigenschaft als Kalender noch mit den Indikationen der Mineralwässer und den Gutachten über dieselben versehen ist, und man sich in zweifelhaften Fällen hier sichern Rat holen kann.

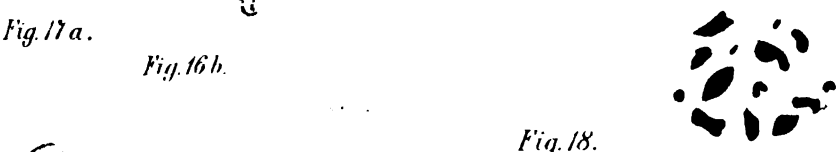
P. Taenzer-Bremen.

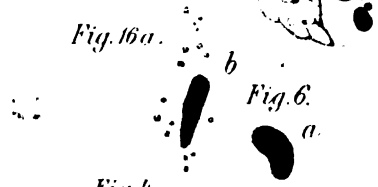












Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Fig. 21.

Fig. 20.

Fig. 22.

Fig. 23.

Fig. 23b.

Fig. 24b.

Fig. 19.

a Fig. 12. b

c Fig. 12. f

Fig. 28.

Fig. 24a.

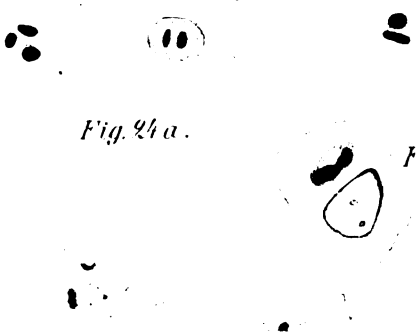


Fig. 12d.

Fig. 25.

Fig. 12e.

Fig. 26.

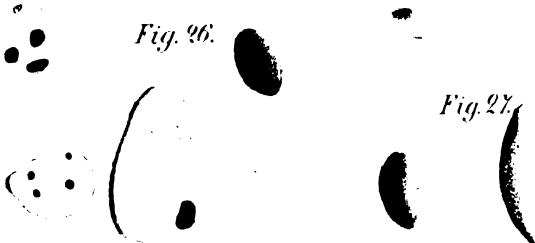


Fig. 27.

Fig. 12g.

Turok del

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 6. 15. März 1893.

Lepra und die Frage ihrer Kontagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel.

Von

Dr. med. E. von Düring,

Professor für Dermatologie uud Syphilis an der École Impériale de médecine.

Einleitung.

Die nachfolgenden Mitteilungen waren bestimmt, auf dem Kongrefs in Wien verlesen zu werden. Die Ungunst der Verhältnisse dieses Cholera-Sommers und die daraus resultierenden Quarantänen haben eine Reise nach Wien verhindert.

Diese Mitteilungen hätten vielleicht deshalb einiges Interesse beansprucht, weil Zambaco ebenfalls einen Vortrag über Lepra angekündigt hatte.

Zambaco hat wohl mehr Lepra gesehen, als die meisten Ärzte der Welt; er hat ausgedehnte Reisen unternommen, um auch an andern Orten und unter anderen Verhältnissen die Lepra zu studieren. Er ist auf Grund seiner klinischen Erfahrungen — und nur diesen spricht er eine entscheidende Bedeutung zu — entschiedener Antikontagionist. Verfasser dagegen ist nach mehr als 3jähriger Beobachtung an 120 Fällen, die zum grofsen Teil ebenfalls früher oder später von Zambaco beobachtet sind, nur in seiner Überzeugung von der Kontagiosität der Lepra bestärkt worden.

Die Lepra, überall, in allen Zonen und unter allen Verhältnissen dieselbe Krankheit, erregt seit einiger Zeit, von Jahr zu Jahr mehr, das wissenschaftliche Interesse, denn sie ist, von alten Herden ausgehend, durchaus im Zunehmen begriffen. Über ihre Verbreitung giebt es nur für wenige Länder genaue Daten. Zambaco gebührt das Verdienst, zuerst etwas genaueres über ihre Ausbreitung im Orient veröffentlicht zu haben.

Aufser in anderen Publikationen, die ich unten in einer Zusammenstellung geben werde, hat Z. seine Erfahrungen über den Orient in einer (auch schon in dieser Zeitschrift erwähnten) Arbeit: Voyages chez les lépreux[1] in mehr feuilletonistischer Weise niedergelegt. Die Arbeit ent-

[1] *Voyages chez les lépreux.* Par le docteur Zambaco-Pacha. Paris. G. Masson. 1891.

hält sehr viel schätzbares Material; sie leidet nur an einem grofsen Fehler: Sie ist in gar zu einseitiger Weise eine Apologie der Nichtkontagiosität der Lepra.

Genau sind die von ZAMBACO gegebenen Daten wohl nur annäherungsweise. Denn in einem so eigenartigen Lande, wie es das osmanische Reich ist, wo nebeneinander, streng voneinander gesondert, so viele Nationen und Konfessionen leben, die sich vermöge ihrer — meist religiösen — Privilegien und auf Grund der Kapitulationen sehr fest organisiert und abgeschlossen haben, ist eine genaue Statistik ganz unmöglich.

I. Die Lepra bei den verschiedenen Nationalitäten.

Meine eigenen Beobachtungen erstrecken sich

1. auf solche Kranke, die von auswärts, aus Kleinasien und von den griechischen Inseln hierher kommen,
2. auf hier angesessene Lepröse.

Den Nationalitäten nach verteilen sie sich unter Türken, Griechen und spanische Juden. Armenier mit Lepra habe ich selbst zu beobachten keine Gelegenheit gehabt.

a. Die Türken. Alle Türken, welche in meine Beobachtung kamen, waren nicht in Konstantinopel gebürtig, sondern stammten sämtlich aus Kleinasien; die meisten aus dem Vilajet Castamuni, am Südufer des schwarzen Meeres (mit den Hafenstädten Sinope und Ineboli), ein anderer Teil aus der Umgegend von Konia, südlich von Angora.

Eine Leproserie — Miskinhane — existiert auf asiatischer Seite, in Scutari. Sie liegt an dem Südostrande des berühmten, einem Cypressenwald gleichenden, alten türkischen Kirchhofes von Scutari. Es ist ein kleines, altes Gebäude; es macht den Eindruck eines kleinen Bauernhofes. Im Quarré gebaut, umschliefst es einen kleinen Hof, der durch einen Thorweg auf der Südseite zugänglich ist. Auf diesen Hof, durch eine gedeckte Galerie geschützt, münden die Thüren der Zellen — oder besser Löcher —, die den 2—3 Insassen zum Aufenthalt dienen. Die Zellen sind düster und feucht, sie empfangen ihr Licht nur durch ein kleines, hoch gelegenes Fenster. Die Armen liegen auf dem Boden; irgendwelche, auch die bescheidenste Annehmlichkeit, Licht, Luft und Wärme mangeln ihnen. Überdies sieht es mit ihrer Ernährung mangelhaft aus. ZAMBACO hat sich freiwillig dieser Armen angenommen und sucht ihnen Zuwendungen von seiten der Regierung zu verschaffen, aber seine Anstrengungen haben noch nicht den verdienten Erfolg gehabt.

Als ich dieses Asyl besuchte, waren etwa 20 Lepröse dort. Die „Miskinhane" ist ausschliefslich für Türken bestimmt. Sämtliche Insassen sind nicht aus Konstantinopel; sie kommen alle aus Kleinasien, Castamuni, Tchangri, Boli, Sinope.[2]

[2] ZAMBACO l. cit.

Häufig werden hier, besonders aus Castamuni, per Schub Kranke eingeliefert, die gar nicht leprös sind. Veraltete Hautkrankheiten, Syphilis spielen bei falscher Diagnose, Böswilligkeit sogar ohne Diagnose eine Rolle. Zambaco sagt, dafs er oft die gröfsten Schwierigkeiten hat, Nichtlepröse wieder in ihre Heimat zurückzuschicken. Das Volk ist fest von der Kontagiosität der Lepra überzeugt. Die Leprösen leben wie in einer Art Kloster, Teke; sie tragen zum Zeichen dessen grüne Turbane. „Die Leprösen in Scutari sind mit dem Namen „Dédés" belegt — eine Bezeichnung, die man häufig auf die Derwische und Mönche islamitischer Klöster anwendet. Der Miskin oder Lepröse, der einmal in der Leproserie eingetragen ist, kann das Haus, selbst vorübergehend, nicht mehr verlassen. Denn da die Regierung und das Volk ihn als einen von einer eminent kontagiösen Krankheit Befallenen ansieht, darf er sich nicht frei überall bewegen. Er darf selbst die etwa 10 Meter vom Eingang an der Strafsenseite aufgestellten Grenzmarken nicht überschreiten, um zu betteln."[3]

In diese Leproserie finden selbstverständlich nur Muselmänner Aufnahme.

Die wenigen Türken, die ich mit Lepra zur Beobachtung bekam, waren meist Soldaten, bei denen die Diagnose behufs Entlassung bestätigt werden sollte, oder Lastträger. Sie bleiben meist nicht lange frei; entweder sie kehren — freiwillig oder unfreiwillig — in ihre Heimat zurück und werden dort in einer Miskinhane untergebracht, oder sie kommen in die Leproserie von Scutari. Aus der besseren Klasse ist mir kein lepröser Türke zur Beobachtung gekommen.

b. Die Griechen.

Etwas häufiger als Türken kamen Griechen in meine Beobachtung. Fast alle Griechen, die ich sah, stammen von den griechischen Inseln und zwar besonders von den Inseln Mytilene, Chios und Creta. Ich kann, mit einer Ausnahme, die von hohem Interesse ist und weiter unten eingehend erörtert werden soll, auch hier betonen, dafs ich Lepra bei Griechen, die in Konstantinopel gebürtig sind, nicht gesehen habe.

Sie kommen hierher von den Inseln als Barkenführer, Händler mit Oliven, Öl und Holz; man sieht vorgeschrittene Lepra z. B. bei Schuhputzern auf der Strafse, bei Bettlern. Da sie eine Leproserie nicht besitzen und in den Krankenhäusern dauernd keine Aufnahme finden, kehren sie meist, wenn sie keine Subsistenzmittel haben, in ihre Heimat zurück, wo sie in den „Leprochorien" untergebracht werden. Die Furcht vor Ansteckung ist im allgemeinen unter den Griechen sehr ausgebreitet.

[3] Zambaco l. c.

c. Die spanischen Juden.

Die spanischen Juden stellen weitaus das gröfste Kontingent zu den Leprösen in Konstantinopel. Wenn annäherungsweise 300 Lepröse (eher mehr als weniger) in Konstantinopel sein mögen, so sind mindestens $^2/_3$ derselben Israeliten.

Diese Juden sind im Jahre 1492 unter Ferdinand dem Katholischen aus Spanien vertrieben und haben hier in der Türkei, unter Schonung ihrer Religion und Verleihung religiöser Privilegien, Aufnahme gefunden; sie bewohnen fast ausschliefslich einige Quartiere: auf der Südseite des goldenen Horns, im eigentlichen Stambul, das Quartier Balata, am nördlichen Ufer Haskeui und am Bosporus das Dorf Couscoundjouk. Natürlich findet man hin und wieder auch anderswo einzelne ihrer Glaubensgenossen. Diese Israeliten leben unter sich noch so, wie sie vor 400 Jahren gelebt haben, als sie herkamen: sie sprechen spanisch, sie tragen ihre besondere Tracht, sie sondern sich — was übrigens von Türken, Griechen und Armeniern fast ebenso gilt — vollständig ab. Der gröfste Teil derselben ist arm, sie leben in elenden Holzhäusern, in denen sie im Sommer von der Hitze und im Winter von der Feuchtigkeit leiden; sie strotzen von Wanzen; parasitäre Hautkrankheiten sind selbst unter den leidlich situierten aufserordentlich häufig. Sie leben von frischen, geräucherten und gesalzenen Fischen und Fischspeisen, Ölgerichten unappetitlichsten Aussehens, Früchten und Süfsigkeiten. Sie gehen Sommer und Winter in einem pelzgefütterten Mantel; die Heizung im Winter ist möglichst unhygienisch. Sie hocken mitten im Zimmer auf der Erde um einen „Mangal", ein offenes Kohlenbecken. Es macht einen komischen Eindruck, so eine ganze Familie, fast alle, auch die Weiber, Cigaretten rauchend, die Hände über das Kohlenfeuer gestreckt sitzen zu sehen. Sie haben unter sich eine sehr strenge Zucht, unter einem Oberrabbiner; ihre Zugehörigkeit zur Gemeinde schützt sie nach den Kapitulationen vor vielen Eingriffen der türkischen Behörden. Ihr Familiensinn ist rührend, und darin liegt eben das Geheimnis, weshalb es unmöglich ist, die Leprösen aus der Familie zu entfernen. Ich habe gradezu grausig entstellte, stinkende, mit Ulcerationen vom Kopf bis zur Zehe bedeckte Lepröse in den Familien getroffen. Eine jüdische Leproserie existiert nicht, und ich glaube nicht, dafs, falls sie existierte, man die Familien zwingen könnte, die Leprösen dorthin zu bringen.

Sie leiten den Ausbruch der Lepra fast stets von einem Schrecken her. „Es war ein Brand", oder „er wurde mit dem Messer bedroht" etc. Aber das ist überhaupt so Anschauung im Orient; fast alle Hautkrankheiten werden vom Schreck hergeleitet — ja sogar Frakturen etc. haben ihre Ursache im Schreck.

Von alters her glauben sie, dafs die Lepra ansteckend ist; wie weit

Zambaco ihnen diese Ansicht genommen hat, vermag ich nicht zu sagen. Jedenfalls habe ich jetzt schon einige getroffen, welche die Krankheit nicht mehr für ansteckend halten.

Obwohl nun doch im ganzen die Überzeugung von der Übertragbarkeit und besonders von der Heredität der Lepra ihnen mehr oder minder bewufst ist, trennen sie sich nie von ihren Angehörigen; sie pflegen sie bis zum letzten Augenblick in der Familie und wenden das Letzte auf, um sie zu pflegen und sie behandeln zu lassen. Sehr selten hört man, dafs eine Ehe bei ihnen deshalb getrennt ist — um so auffälliger, weil sonst Ehescheidungen bei ihnen sehr häufig sind.

Einen Punkt aus dem eben Mitgeteilten will ich resümieren: Wir sahen, dafs alle leprösen Türken aus Kleinasien, alle leprösen Griechen von den Inseln stammen; dafs in Konstinopel geborene Griechen und Türken sich nicht unter unseren Patienten finden. Dagegen sind alle Israeliten eingeborene Konstantinopolitaner. Hieraus läfst sich ein eigentümliches Gesetz ableiten:

Die Lepra in Konstinopel herrscht endemisch nur bei den spanischen Juden — alle Fälle, die andere Nationen betreffen, sind eingeschleppt.

II. Die Frage der Kontagiosität der Lepra.

Wenn ich auf diese Frage tiefer eingehe, als manchem europäischen Kollegen motiviert erscheint, so mufs ich mich damit entschuldigen, dafs die Frage der Kontagiosität hier zur brennenden Tagesfrage, zum Teil sogar in den politischen Tagesblättern, geworden ist. Seit ich vor drei Jahren in der Société Impériale de médecine diese Frage auf die Tagesordnung gebracht habe, besteht eine lebhafte Kontroverse zwischen Zambaco und mir, die seinerseits nur schriftlich in an die Société gerichteten Briefen geführt wird.

Den meisten Ärzten, und ich rechne mich zu dieser Zahl, mag die Frage, ob die Lepra kontagiös ist, ganz unmotiviert erscheinen. Lepra ist eine bacilläre Krankheit und also ist sie kontagiös. Das Wie allerdings kann zu durchaus wissenschaftlichen Kontroversen Anlafs geben, ob es Zwischenträger giebt, oder ob eine Ansteckung von Mensch zu Mensch erfolgt. Ich habe Zambaco von vorneherein entgegengehalten, dafs uns eigentlich der gemeinsame Boden zur Diskussion fehlt. Er ist Antikontagionist und legt alles Gewicht auf eine, wenn ich so sagen darf, hereditäre, resp. atavistische Dyskrasie — ein Standpunkt, zu dem ich mich nicht aufzuschwingen vermag.

Solange allerdings die Reinzüchtung der Leprabacillen wenigstens, und wenn es überhaupt möglich ist bei Tieren, die Erzeugung von Lepra

experimentell durch Impfung von Kulturen nicht gelungen ist,[4] ist der anatomische Beweis für die Kontagiosität der Lepra nicht voll erbracht. Da aber überall, in allen Produkten, in allen Fällen der Leprabacillus gefunden wird, so können wir, nach dem heutigen Stande unseres pathologisch-anatomischen Wissens nicht anders schliefsen, als dafs dieser Bacillus die Ursache der Krankheit ist, und dafs die Verbreitung derselben nur durch Verbreitung, i. e. Übertragung dieses Bacillus möglich ist.

Ich habe in unseren Diskussionen immer das Beispiel der Tuberkulose herangezogen. Wenn wir uns vergegenwärtigen, welche Phasen der Streit über die Frage: „Ist die Tuberkulose kontagiös oder nicht", durchgemacht hat, bis KOCH den exakten Beweis erbracht hat; bei der Tuberkulose, die so überaus häufig ist, die überall, unter den günstigsten klinischen Beobachtungsbedingungen, von jedem Praktiker und dem gröfsten Kliniker beobachtet werden konnte — dann müssen wir zugeben, dafs eine rein klinische Entscheidung der Frage, ob eine so viel seltenere, so unendlich viel weniger beobachtete Krankheit, wie die Lepra ist, unendlich viel schwieriger, unendlich viel weniger wahrscheinlich ist. Die klinische Beobachtung bleibt immer, trotz der gröfsten Objektivität, subjektiv. Diesen Standpunkt greift ZAMBACO hart an. Er legt auf die Gegenwart der Bacillen gar keinen Wert, wie er noch durch seine letzte Mitteilung an die Académie de médecine in Paris bewiesen hat.[5] (Er bezeichnet hier kurzweg die MORVANsche Krankheit als Lepra.)

ZAMBACO bestreitet die Kontagiosität der Lepra mit folgenden Gründen. Seine klinischen Beobachtungen haben ihm nie einen Fall von direkter Übertragung gezeigt; er hat nie eine Ansteckung erlebt, selbst da nicht, wo lepröse Männer jahrelang mit gesunden Frauen — und umgekehrt — lebten; er hat durch seine klinische Beobachtung konstatieren können, dafs Lepröse in ihren Familien leben, dafs Gesunde (speziell in der Leproserie von Scutari) bei den Kranken jahrelang, tagaus, tagein, im selben Raum, unter Benutzung der gleichen Betten, Wäsche, Geschirre zusammenleben, ohne dafs je eine Ansteckung erfolgt ist.

Wenn wir ihm auf seinen Standpunkt als Kliniker einen Augenblick folgen wollen, müssen wir sagen, dafs zunächst alle negativen Beweise null und nichtig sind einer positiven Beobachtung gegenüber. Allerdings kommt es ohne das beweisende Experiment stets wieder darauf hinaus, wie man den Fall interpretiert; die klinische Beobachtung ist stets subjektiv, mehr oder minder.

Weiter aber wollen wir hier noch einmal auf die Tuberkulose zurückgreifen. Wieviele einwurfsfreie, vor aller Kritik stichhaltige

[4] Ich sehe absichtlich hier von ARNINGS Lepraimpfung ab.
[5] Nach *Semaine médicale*. 1892. No. 42 u. 43.

klinische Beweise von direkter Übertragung der Tuberkulose giebt es denn? Mir fehlt leider die Litteratur, aber ich erinnere mich einer Kritik Baumgartens aus der Zeit der Hochflut der Mitteilungen über direkte Übertragung der Tuberkulose — es hielten sehr wenige Fälle vor seiner Kritik stich.

Und selbst wenn ein Kliniker aus seiner Beobachtung zahlreiche Beispiele anführen könnte, dafs z. B. ein gesunder Ehemann einige Zeit nach dem Tode seiner tuberkulösen Gattin ebenfalls tuberkulös erkrankt sei — so beweist das bei einer so aufserordentlich häufigen Krankheit für einen prinzipiellen Gegner der Kontagiosität gar nichts. Ist für den Antikontagionisten bei der Häufigkeit der Tuberkulose nicht eine zufällige Koincidenz viel natürlicher, als die Annahme einer Übertragung? Und wie viel häufiger bleibt nun erst, trotz jahrelangen Beisammenlebens, der andere Teil doch gesund!

Aber Zambaco beharrt absolut darauf, diesen klinischen Standpunkt nicht verlassen zu wollen; er hat mir bis heute die mehrfach gestellte Frage: ob er denn die Tuberkulose für eine bacilläre, kontagiöse Krankheit halte, nicht beantwortet.

Er hält an seiner Krasenlehre fest. Schlechte hygienische Verhältnisse, schlechte Nahrung, schlechte Fische, ungesunde Wohnung, Elend, Gemütsbewegung sollen zur Erkrankung „disponieren“ oder gar dieselbe veranlassen. Er vermeidet es, sich darüber auszusprechen, ob er die Bacillen als etwas Primäres oder als etwas Sekundäres ansieht — neigt aber offenbar, besonders nach der eben erwähnten Mitteilung an die Akademie, zu letzterer Ansicht.

Auf diesen Stadpunkt können wir ihm nicht folgen. Die Lepra ist unbestreitbar eine bacilläre Krankheit. Wir glauben auch, weiter unten einige und besonders eine sehr eklatante Beobachtung bringen zu können, die beweist, dafs sie von Mensch zu Mensch kontagiös ist. Aber selbst der, für den diese Beobachtungen nichts Beweisendes haben, mufs das zugeben, dafs die Krankeit nur da acquiriert werden kann, wo sie schon besteht, — dafs es autochthone Lepra nicht giebt. Über die Frage zu diskutieren, ob es klimatischer Einflüsse, bestimmter Nahrungen, besonderer Bodenbeschaffenheit bedürfe, um die Infekion zu begünstigen, hat so lange keinen Zweck, als wir die Lebensbedingungen des Bacillus nicht kennen.

Zambaco steht auch auf seinem klinischen Standpunkte zu einseitig auf den Anschauungen, die er in einem Lande erworben hat, wo die Lepra endemisch herrscht und also eklatante Infektionen nicht so häufig oder andere Erklärungen möglich sind.

Wer aber seine ersten Eindrücke von der Lepra an Personen geschöpft hat, die gesund — ohne die Möglichkeit einer „hereditären Disposition“ — Europa verliefsen, um nach einigen Jahren leprös wieder-

zukehren, der ist von vorneherein für die Annahme der Kontagion „prädisponiert". Und derartige Fälle sind leider in Frankreich, Deutschland und England nicht mehr selten. Ich selbst hatte als Assistent bei Dr. UNNA in Hamburg Gelegenheit, derartige Fälle zu beobachten.

Da in diesen Fällen „hereditäre Dyskrasie" oder „atavistische Prädisposition" ausgeschlossen war, hätten also nur Elend, schlechte hygienische Verhältnisse etc. eine Rolle spielen können. Aber gerade alle Fälle, die ich von so „erworbener" Lepra beobachtet habe, betrafen Leute, denen es an keinem Komfort des Lebens gebrach, — die aber wohl mit Leprösen in Berührung gekommen waren.

Ein Einwurf, den auch HIRSCH[6] macht, ist der, weshalb diese eingeschleppten Fälle keine neuen Lepraherde schaffen, wenn die Lepra kontagiös ist. Vielleicht liegt der Grund darin, dafs derartige Kranke, wenn sie guten Familien angehören, durch die peinliche Sauberkeit und Aufmerksamkeit keine Gelegenheit geben zur Infektion; und wenn sie armen Klassen angehören, so werden sie eben Krankenhäusern überwiesen.

Übermäfsig grofs ist unter normalen Bedingungen die Ansteckungsgefahr der Lepra entschieden nicht — noch geringer offenbar, wie die der Tuberkulose. ZAMBACO[7] ist entschieden nicht berechtigt anzunehmen, dafs man in Athen offenbar die Lepra nicht „für kontagiös halte, weil man die Leprösen mit anderen Kranken zusammenlege". Sind denn in allen grofsen Hospitälern die chirurgischen Tuberkulosen und die Phthisen von den übrigen Kranken gesondert? Und befürchtet man etwa, bei Beobachtung der nötigen Sauberkeit, dafs andere Kranke infiziert werden? Spricht man etwa damit aus, dafs die Tuberkulose nicht kontagiös sei? Übrigens findet eine Einschleppung der Lepra in Europa in gröfserem Umfange erst seit relativ kurzer Zeit statt; und falls man diese Fälle sich häufen und dann sich selbst überliefse, so wäre theoretisch noch gar nicht ausgeschlossen, dafs derartige Herde nicht doch noch entstehen könnten.

Nach ZAMBACO spielt weitaus die gröfste Rolle die Heredität. Wenn ZAMBACO darunter eine ererbte Anlage im Sinne einer Dyskrasie versteht, so können wir ihm leider hierin auch nicht folgen. Es ist unbestreitbar, dafs Lepra sich — wie Tuberkulose — in mehreren Generationen einer Familie findet. Eine Heredität ist also zweifellos vorhanden. Aber sie ist doch nur eine andere Form der Infektion — es ist die germinative Übertragung; wir adoptieren hier die von BAUMGARTEN[8] entwickelten Anschauungen voll und ganz. Das Ei, die Samenzelle enthält schon den

---

[6] HIRSCH, *Handbuch der historisch-geograph. Pathologie.* 1881. (Vielleicht hat HIRSCH heute seine Meinung schon geändert?)

[7] l. cit. pag. 297.

[8] BAUMGARTEN, *Lehrbuch der pathologischen Mykologie*, siehe die Artikel: Tuberkulose, Lepra und Sporozoën der Pebrinekrankheit der Seidenraupe.

Infektionsträger, und was man bisher als „Diathese", als krankhaften Habitus bezeichnete, ist nur der Ausdruck des Kampfes den der Organismus gegen diese Invasion führt.[9]

Die Annahme der germinativen „Übertragung" erklärt die „Vererbung" in den Familien, sowohl für Tuberkulose wie für Lepra vollkommen; ja sie ist sogar wahrscheinlicher, als eine Infektion nach der Geburt. Die Übertragungsbedingungen sind glücklicherweise für beide Krankheiten keine günstigen, da die Existenzbedingungen der beiden Krankheitserreger aufserhalb des tierischen resp. menschlichen Körpers sehr ungünstige sind. Denn wenn schon die Häufigkeit der Tuberkuloseninfektion glücklicherweise immer noch lange nicht der Häufigkeit der Tuberkulose entspricht, obwohl doch die Tuberkelbacillen mit den Sputis etc. sehr leicht an die Oberfläche befördert werden, so gilt das noch viel mehr von der Lepra, deren Bacillen aufserordentlich viel weniger Gelegenheit zum Freiwerden haben. Glücklicherweise arbeitet die Natur bei der Infektion nicht unter so günstigen Bedingungen, wie wir im Laboratorium, mit massenhaften Bacillen in Reinkulturen!

Bei einem weiter unten mitzuteilenden Falle mufs ich Zambacos Anschauungen über die Heredität wörtlich citieren. Ich will deshalb nur vorausschicken, dafs er darunter eine über Generationen hinaus vererbte atavistische Disposition verstanden wissen will.

Wenn aber diese Anschauung berechtigt wäre, so müfste es aufserordentlich viele Ausnahmen von dem auch von Zambaco acceptierten Gesetz geben, dafs die Lepra endemisch nur bei den spanischen Juden vorkommt. Es müfsten dann sehr viele Türken und Griechen ihr „atavistisch erworbenes Recht auf Lepra ausüben". Denn es ist unbestreitbar, dafs unter Türken wie unter Griechen in Konstantinopel sehr viele Nachkommen von kleinasiatischen Türken resp. Inselgriechen leben. Warum erkranken denn diese „Berechtigten" nicht? Einfach wohl deshalb, weil die Familien griechischer und türkischer Herkunft sich viel schneller und viel allgemeiner von ihren Kranken isolieren, als die Israeliten. Ich möchte bestimmt annehmen, dafs eine Kontagion nur möglich ist im ulcerösen Stadium — vielleicht noch bei Pemphigus leprosus. — Dieses Stadium machen aber die griechischen und türkischen

---

[9] Ich will hier den betreffenden Passus aus Baumgarten anfügen: „Dafs eine Entwickelung der Ei- und Samenzelle dann noch möglich ist (wenn sie den Infektionsträger schon enthält), haben die Pasteurschen Untersuchungen über die Pebrinekrankheit der Seidenraupen ergeben. Die Pebrine-Organismen gehen in die Ei- und Samenzellen der pebrinekranken Tiere über, ohne dafs diese Generationszellen, wie man a priori annehmen könnte, vernichtet werden. Sie behalten im Gegenteil die Fähigkeit der Befruchtung und Keimung und übertragen den todbringenden Parasiten auf das neu sich aus ihnen entwickelnde Insekt. Es bezeugt diese Thatsache in denkbarst klarer, unverwerflicher Weise das Vorkommen einer echten parasitären Infektion auf dem Wege der Zeugung.

Kranken viel seltener in den Familien durch, sie werden isoliert, in Leproserien geschickt. Zambaco giebt das zu, ohne es zu wollen, und wird gewifs selbst sehr erstaunt sein über diesen Widerspruch in seinem Werke. Er sagt, dafs im Vilajet Castamuni die Lepra entschieden abnehme,[10] obwohl die Leprösen frei unter der Bevölkerung cirkulierten und obwohl die hinterlassenen gesunden Frauen und Kinder verstorbener Lepröser wieder in ihr Dorf zurückkehren, ohne für die anderen Bewohner eine Gefahr zu bilden.

Etwas weiter unten schreibt er von derselben Gegend:[11] „Überall hier wird jeder, bei dem die Augenbrauen ausfallen etc. . . . . von seinen Landsleuten der Regierung angezeigt, die häufig, ohne einen Arzt zu befragen, seine Verbringung in eine Leproserie anordnet . . . . .“

Und in einer Anmerkung heifst es weiter:

„Diese Armen, zum äufsersten Elend Verurteilten, gehen von Dorf zu Dorf betteln, müssen viele Meilen zurücklegen, um einige Linsen oder eine Hand voll Gerste zu erhalten. Häufig lassen sie beim Eintritt in die Dörfer ein kleines Glöckchen ertönen; man wirft ihnen dann auf Entfernung einige Nahrung zu — aber niemals giebt man einen Löffel oder ein Lager.“

(Schlufs folgt.)

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Sitzung vom 6. Dezember 1892.

1. Herr Heymann stellt ein 28jähriges Mädchen mit **idiopathischem Keloid** vor. Dasselbe stammt aus gesunder Familie. Vor 10 Jahren begann dieses Leiden mit der Bildung kleiner roter Knoten an beiden Armen. Im Laufe von 5 Jahren bildete sich dann auf beiden Armen symmetrisch durch Konfluenz jener Knoten eine 10—12 cm lange, 5—6 cm breite, harte, zweifellos bindegewebige Geschwulst, welche seit 5 Jahren stationär geblieben sein soll. Vor einem Jahre begannen ziehende Schmerzen in der Geschwulst. Peripherisch sind neue Knoten vorhanden, so dafs ein weiteres Wachstum annehmbar ist. Da die Neubildung den Eindruck von Narbengewebe macht, eine Verletzung jedoch nicht vorhergegangen ist, so möchte H. die Diagnose auf idiopathisches Keloid stellen.

2. Herr Goldzieher demonstriert einen 40jährigen, der Lassarschen Klinik zur Beobachtung überwiesenen Mann mit **ausgedehnten Ulzerationen des Unterschenkels.** Der Patient hatte vor 3 Jahren durch glühendes Eisen eine Verbrennung dritten Grades erlitten, war in verschiedenen Krankenhäusern behandelt und nach

---

[10] Zambaco l. cit. pag. 277.
[11] Ebda.

einiger Zeit stets geheilt worden. Nach der Heilung brachen aber die Geschwüre wieder auf, so dafs schliefslich der Verdacht rege wurde, dafs der Kranke das Leiden durch irgend welche Manipulationen selbst hervorrufe, um Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen zu können. Auf die Bemerkung des Herrn Isaac, dafs die Konfiguration der Geschwüre für Lues spräche, entgegnete der Vortragende, dafs seit einiger Zeit eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet sei, ohne dafs bisher ein Erfolg sichtbar wäre. Herr Lewin: Ihm sei es gelungen, Simulanten dadurch zu entlarven, dafs er auf ihre Ideen gewissermafsen eingegangen sei und ihnen die angeblich wissenschaftlich notwendige Weiterverbreitung der Krankheit suggeriert habe.

3. Herr Goldzieher stellt einen etwa 6 Jahre alten Knaben mit **Lupus vulgaris disseminatus an Wange, Hals und Vorderarm** vor. Bemerkenswert ist aufserdem das Vorkommen kleiner (etwa linsengrofser) Herde an verschiedenen Körperteilen.

4. Herr Friedländer zeigt eine neue **Spritze zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe.** Diese soll die Vorzüge der Ultzmannschen und Guyonschen Spritze vereinigen; sie besteht aus der eigentlichen, Guyon entlehnten Spritze und einem langen, dünnen, katheterartigen Ansatz aus Silber, der in seinem oberen Teile gebogen ist und am Ende einen olivenähnlichen Knopf trägt. Der Durchmesser der Olive ist 19 Charrière. Der Ansatz hat dem Guyonschen, aus elastischem Kautschuk bestehenden gegenüber den Vorzug gröfserer Haltbarkeit; er ist auch mit kochendem Wasser leicht zu desinficieren. Schliefslich kann er auch nicht in Falten der Harnröhre sich fangen und umbiegen. F. hat seine Spritze seit ½ Jahr mit gutem Erfolge angewendet.

5. Herr Lassar demonstriert ein wenige Wochen altes Kind gesunder Eltern, welches auf Gesicht, Ellenbogen, Knie, Hinterbacken schuppende, blaurote, prall glänzede Flecke auf etwas elevierter Basis zeigte. Zwischen den einzelnen Flecken der afficierten Stellen verliefen Züge normaler Haut. Zuerst habe L. an beginnende Sklerodermie gedacht, mit Rücksicht auf die bestehende, auf zweckmäfsige Puderanwendung heilende Intertrigo hat er sich aber entschlossen, eine von letzterem ausgehende, **durch Lymphangitis fortgeleitete Dermatitis** zu diagnosticieren, welche gewissermafsen zur Sprengung der Oberhaut und damit zur Schuppenbildung Veranlassung gegeben hat.

Herr Lewin konstatiert, dafs Lassar unter Aufstellung einer neuen Theorie das Eccema squamosum als eine Erkrankung der Lymphgefäfse aufgefafst habe. Da die Affektionen der Lymphbahnen bestimmte Krankheitsbilder darstellen, die von dem des Kindes ganz verschieden sind, so müssen für die Theorie Lassars anatomische Untersuchungen beigebracht werden.

Herr Lederмann glaubt, dafs die demonstrierte Affektion dem Eccema seborrhoicum Unnas, dem Eccema psoriasiforme Neissers entspreche. Das Auftreten der Dermatitis in einzelnen bestimmten Flecken spräche für ihre parasitäre Natur.

Herr Blaschko hält eine Erkrankung der Lymphkapillaren und Lymphräume, also auch eine lymphatische Affektion, für vorliegend. Er würde ein **chronisches Erysipel** oder eine parasitäre erysipelähnliche Erkrankung diagnosticieren. Für letztere spricht das allmähliche Fortschreiten der Krankheit.

Herr Saalfeld meint, dafs die Abschuppung gegen Erysipel spreche, worauf Herr Blaschko erwidert, dafs er in 5—6 Fällen chronischen Erysipels Abschuppungen beobachtet habe.

Herr Rosenthal hebt hervor, dafs ein in einzelnen Plaques sich manifestierendes Erysipel unbekannt ist. Das chronische Erysipel befällt, in verschiedenen Attacken auftretend, stets denselben Körperteil.

Herr Lassar will sich für heute auf die Entgegnungen des Herrn Lewin nicht

einlassen, sondern beabsichtigt, auf die Frage der lymphatischen Verbreitung der Hautkrankheiten in einer späteren Publikation genauer einzugehen.

6. Herr PETER stellt einen jungen Mann vor, der vor 10 Wochen eine **Sklerose am Penis** bemerkte, und 6 Wochen später entwickelte sich eine **typische Sklerose am linken Zeigefinger.** Die Schwellung der Inguinal- und Axillardrüsen, sowie über den ganzen Körper verbreitete Roseola machen die Diagnose zweifellos. In den letzten 4 Wochen sind auf der LASSARschen Klinik aufser diesem noch 3 extragenitale Infektionen beobachtet. Auch die Ulzeration an der stark geschwollenen Oberlippe einer von ihm vorgestellten jungen Frau war zuerst für eine Sklerose gehalten worden. Die Besserung bei exspektativer Therapie sprach jedoch gegen diese Diagnose. Lupus, Tuberkulose, Aktinomykose konnten ätiologisch ausgeschlossen werden.

7. Herr BLASCHKO: Ueber **die Hygiene der Barbierstuben.**

B. hält es für unzweifelhaft, dafs eine ganze Anzahl ansteckender Hautkrankheiten durch die Barbierstuben verbreitet werden. Zu diesen gehören Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa, Erythema der Kopfhaut, Alopecia areata und Acne varioliformis. Selbst für die Übertragung der letzten Erkrankung führt er folgendes Beispiel an: Eine Frau, deren Mann seit Jahren an Acne varioliformis litt, erkrankte im dritten Jahre ihrer Ehe an derselben Affektion, trotzdem von beiden verschiedene Kämme und Bürsten benutzt waren. Möglicherweise sind auch einzelne Ekzemarten und nach neueren Autoren auch die Trichorrhexis nodosa parasitären Ursprungs. Dafs die Syphilis wiederholt durch Barbier- und Frisierinstrumente übertragen ist, ist zweifellos erwiesen. Wahrscheinlich ist auch die Entstehung der Hauttuberkulose in manchen Fällen so zu erklären. Schliefslich ist noch in Cholerazeiten auf die Gefahren der feuchten, von vielen Kunden der Barbierstube nacheinander benutzten Servietten hinzuweisen. Prophylaktische Mafsregeln sind schon von KÖBNER und SAALFELD empfohlen worden. B. schlägt vor, für jeden Kunden einen besonderen Rasierpinsel einzuführen, das Messer nach jedesmaligem Gebrauch in kochendem Wasser zu reinigen, die leinene Serviette durch eine solche aus chinesischem Papier zu ersetzen, die sofort vernichtet werden kann. Anstatt der Puderquaste ist ein Stück Verbandwatte zu nehmen. Die von seiten des Barbiers oder seiner Gehilfen drohenden Ansteckungsgefahren sind dadurch zu beseitigen, dafs alle an ansteckenden Krankheiten leidenden Personen von ihren Kassenärzten Krankenhäusern überwiesen werden. Die Barbiere müssen die Haupttypen der in Frage kommenden Krankheiten kennen lernen, um für erkrankte Kunden besondere Instrumente anwenden zu können. Die Durchführung der Mafsregeln ist von der Polizei anzuordnen, ihre Ausführung von besonderen Gesundheitsaufsehern zu überwachen. Die Diskussion über diesen Vortrag wird auf die nächste Sitzung vertagt.

8. Zum Schlufs demonstriert Herr LASSAR eine reiche Sammlung von Wachsmodellen der verschiedenartigsten Haut- und syphilitischen Erkrankungen. Die Sammlung ist nach dem Vorbilde des Musée Baretta in Paris angelegt.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Januar 1893.

(Originalbericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

COUILLAUD und DARIER stellen einen Kranken mit der PAGETschen Krankheit am Scrotum und Perineum vor. Die von COUILLAUD abgefafste Krankengeschichte entspricht vollkommen der Symptomatologie dieses Leidens und bringt nichts Neues. Die einzige Abweichung besteht darin, dafs durch das fast fortwährende Schwitzen am Sitz der Entzündung die Haut etwas aufgeweicht wird und das Krankheitsbild

dadurch etwas an Deutlichkeit einbüfst. Das gilt aber für jede Dermatose in dieser Gegend (Ekzem, Psoriasis u. s. w.).

Darier fand bei der histologischen Untersuchung die nämlichen Veränderungen, die er und Wickham schon früher beschrieben hatten. Im Verein mit dem ausgesprochenen klinischen Symptomenbild verleiht dieser eindeutige histologische Befund der ganzen Krankheit ein unverkennbares charakteristisches Gepräge. Darier fügte hinzu, dafs er, ohne den Kranken gesehen zu haben und ohne von der klinischen Diagnose etwas zu wissen, sofort nach dem ersten Blick in das Mikroskop erklären konnte, es handele sich um die Pagetsche Krankheit. Erst daraufhin liefs man den Patienten aus seiner Provinz nach St. Louis kommen und konnte sich nun durch den Augenschein von der Richtigkeit der histologischen Diagnose überzeugen.

Es ist dies der zweite Fall, in dem die Krankheit nicht auf der Brustwarze safs. In dem andern Fall war gleichfalls der Hodensack ergriffen. Crocker, von dem diese Veröffentlichung herrührte, übersandte Wickham einige Hautstückchen, und letzterer fand in den Präparaten Psorospermien. — Im vorliegenden Fall verhielten sich die Psorospermien nach Zahl, Form u. s. w. genau so wie in den von Darier und Wickham 1889 und 1890 veröffentlichten Fällen; auch konnte Darier diesmal keine weiteren Grade einer biologischen Entwickelung der Parasiten entdecken.

Fage machte eine sehr inhaltsreiche Mitteilung über die Behandlung des Lichen mittelst des hydrotherapeutischen Verfahrens von Jacquet; seine Beobachtung war um so lehrreicher, als sie ihn selber betraf. Der Lichen planus bestand bereits seit mehreren Jahren, als das Jucken, das schon immer sehr lebhaft war, sich dermafsen steigerte, dafs Patient trotz hoher Gaben verschiedener narkotischer Mittel Tag und Nacht keine Ruhe mehr fand und sehnlichst den Tod herbeiwünschte. Da versuchte er es mit dem hydriatischen Verfahren, das gerade in St. Louis aufkam. Er nahm täglich 2 Duschen, eine des Morgens und eine des Abends; es wurde dazu lauwarmes Wasser benutzt, dafs ihm mittelst einer Giefskanne aus mäfsiger Höhe 3 Minuten lang über den ganzen Körper gegossen wurde. (Erweichende Duschen.) Schon am ersten Tage fühlte Patient sich viel besser und schlief 12 Stunden hintereinander. Nach Verlauf von 8 Tagen war das Brennen kaum noch halb so stark, und nach weiteren 8 Tagen hatte es gänzlich aufgehört. Zur Zeit verspürt Patient gar kein Jucken mehr; er hat aber beobachtet, dafs dasselbe bei Nachlafs der Brausen wiederkehrt. Während der Behandlung ist der Ausschlag zu drei Viertel geschwunden.

Vidal stellt einen Kranken vor mit einem papulo-vesikulösen und papulo-keratotischen Ausschlag, der über den ganzen Körper verbreitet ist. Mit diesem Ausschlag steht ein Tripper in Zusammenhang. Es ist dies das zweite Mal, dafs sich bei dem Patienten die nämliche Erscheinung wiederholt. Er hatte innerhalb dreier Jahre zwei Tripper und beide Male gesellte sich schon in der ersten Woche der Ausschlag dazu. Dabei hat Patient zu keiner Zeit ein Medikament gebraucht, das man für das Zustandekommen des Ausschlags verantwortlich machen könnte; auch scheint das Exanthem eher idiopathischen Ursprungs zu sein. Besnier und Vidal sind der Ansicht, dafs es sich hier um trophisch-myelopathische Störungen handle. Der Tripper, der eine specifische Allgemeinerkrankung darstelle, beeinflufste mittelst der Toxine des specifischen Giftes das Nervensystem und verursachte den Ausschlag, genau so, wie es bei medikamentösen Toxidermien der Fall ist. Aufserdem sind auch schon anderweitige Hauterkrankungen im Zusammenhang mit dem Tripper beschrieben worden (Toxidermia gonorrhoica). Jene Annahme von Besnier und Vidal findet eine Bestätigung in dem Umstand, dafs jener Ausschlag nur durch das hydriatische Verfahren von Jaquet zum Verschwinden gebracht werden konnte.

H. Hallopeau: Beitrag zum Studium der Dermatitis exfoliativa, insbesondere des Pemphigus foliaceus. Bazin hat das Vorkommen eines Herpes exfoliativus angenommen, der sich zu verschiedenen Dermatosen hinzugesellt, so zu dem Eccema, dem Pemphigus, der Psoriasis. Hallopeau verwirft diese Annahme; steht sie doch auch thatsächlich im Widerspruch mit dem grofsen Gesetz der Beständigkeit der Krankheitsarten. Das Eccema bleibt doch immer ein Eccema, die Psoriasis immer eine Psoriasis, selbst wenn sie zu exfoliieren beginnen. Der vermeintliche Herpes exfoliativus unterscheidet sich in einem wesentlichen Punkte vom Pemphigus foliaceus, nämlich durch seine Trockenheit. Der Pemphigus foliaceus gehört zu demselben Typus wie die erst kürzlich beschriebene Dermatitis herpetiformis; er bildet eine schwere primäre oder sekundäre Form der letzteren; das Vorkommen von Übergängen zwischen beiden Formen bildet hierfür den Beweis.

H. Hallopeau: Ueber einen Fall von Morphoea plana alba. Die Plaques der Morphoea können eine beträchtliche Gröfse erlangen und unter anderem einen Gürtel bilden, der die Hälfte des Rumpfes umfafst oder auch einen grofsen Ring vorn am Halse. Sie bilden sich wieder zurück, indem zuerst an Stelle der verhärteten und farblosen Plaque ein Erythem tritt. Diese Veränderung vollzieht sich in der Regel von der Peripherie zum Centrum der Plaque hin, kann aber auch in der Mitte beginnen. Auf das Erythem folgt dann schnell eine dunkelbraune Färbung, die nur sehr langsam abblafst, schliefslich aber ganz verschwinden kann. Die Plaques der Morphoea exkoriieren und zerfallen sehr leicht aus unbedeutendem Anlafs; sie hinterlassen eine sehr beträchtliche Hautverdünnung. Nach etwaiger Ulzeration bildet sich dagegen eine pigmentierte, bleibende Narbe. Elektrische Bäder und Faradisation scheinen recht günstig auf die Krankheit einzuwirken.

Die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung werden später veröffentlicht werden.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Besprechungen.

Ätiologie und Kontagiosität der Lepra Arabum. Aus der Hinterlassenschaft des verstorbenen D. Gorter, med. Doct., prakt. Arzt zu Meerenberg in der Nähe Haarlems, gesammelt von Prof. D. van Haren Noman.

Das Büchlein, welches neun Monate nach dem Tode des Verfassers durch die Fürsorge des Prof. van Haren Noman erschien, ist nur ein Teil, aber jedenfalls ein abgerundetes Ganze dessen, was der Verfasser beabsichtigte, und erwähnt zuerst, wie bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts die Lepra Arabum im allgemeinen für eine kontagiöse, aber zugleich hereditäre Krankheit gehalten wurde, und wie erst in letzter Zeit sich Stimmen gegen ihre Kontagiosität erheben.

Die moderne wissenschaftliche Bearbeitung der Frage über die Ätiologie der Lepra datiert jedoch erst von den Untersuchungen von Boeck und Danielssen her, welche im Auftrage der norwegischen Regierung ausgeführt wurden. Die Schlufsfolgerungen dieser Autoren waren: „Heredität ist das hauptsächlichste Moment bei der Übertragung, Kontagiosität ist ausgeschlossen."

Mit diesen Untersuchungen stimmen in der Hauptsache diejenigen Virchows (1859), sowie die vom Royal college of Physicians (1867) angeordneten, sowie auch diejenigen von Tilbury Fox und Tarquhar überein.

Erst nach dem Jahre 1842 wurde die Zahl der Anhänger der Kontagiosität bedeutend gröfser, aber hauptsächlich erst durch die Entdeckung des Leprabacillus bekam die Kontagiosität eine neue Stütze.

Nach dieser kurzen Geschichte der verschiedenen Theorien bespricht Verfasser die Beweise und die Thatsachen, welche den Grund dazu legten. Er zeigt, dafs weder die Behauptungen der wenigen, welche die Lepra äufseren Ursachen zuschreiben, noch die der Anhänger der Lehre Hutchinsons, welche die Lepra für eine Folge der Fischnahrung und besonders von Fleisch in gesalzenem und verdorbenem Zustande halten, noch die Anhänger Zambacos, Sir John Fayrers und Francis', welche die Ursache der Lepra suchen in mancherlei unhygienischen Verhältnissen, zu verteidigen sind.

Die meisten Verfasser glauben entschieden an die Infektiosität der Lepra, aber die Hauptfrage ist: ist Lepra kontagiös oder nicht?

Die Kontagiosität experimentell zu beweisen, ist dem Wesen der Sache nach unmöglich; Verfasser ist also gezwungen, seine Zuflucht zu nehmen zu Probabilitäten und Wahrscheinlichkeiten, aber auch hieran knüpfen sich viele Beschwerden, hauptsächlich durch das lange Inkubationsstadium der Krankheit, das Unerhebliche der ersten Symptome, das häufige Vorkommen unter ganz oder halb uncivilisierten Völkern etc. etc.; dasselbe gilt mehr oder weniger auch für die Frage der Heredität, zumal da von kongenitalen Formen gar nichts bekannt ist.

Die Kontagiositäts- und Heredităts-Frage fafst Verfasser zusammen; er ordnet die verschiedenen Thatsachen und Beweise in folgende Gruppen und bespricht danach die Einwendungen, die gegen die verschiedenen Theorien gemacht werden.

§ 1. Beweise, welche der Geschichte der Lepra bis an den Anfang dieses Jahrhunderts entnommen sind.

§ 2. Diejenigen Beweismittel, welche der Verbreitung der Lepra in diesem Jahrhundert entnommen sind, also besonders der Beobachtung über Entstehung neuer Herde, aber auch schon älterer und solcher Lepraherde, welche im Aussterben begriffen sind.

§ 3. Solche, welche den Statistiken der Lepraländer entnommen.

§ 4. Wirkung zwangweiser Isolierung.

§ 5. Beobachtungen über sporadische Fälle, bei welchen man die besonderen Einzelheiten und Verhältnisse mehr oder minder sicher studieren kann, oder welche durch Besonderheiten unsere Aufmerksamkeit auf sich lenken.

Bei der Besprechung dieser verschiedenen Gruppen fängt Verfasser mit den historischen Einzelheiten an, wie z. B. schon vor der Geburt Christi in Italien Lepra vorkam (wahrscheinlich aus Ägypten eingeführt) und von dort sich über Europa verbreitete; wie schon im siebenten Jahrhundert Leprahospitäler errichtet wurden und wie unter Ludwig dem Heiligen von Frankreich der Orden des heiligen Lazarus gegründet wurde.

Zugleich weist er nach, wie schon in den vorigen Jahrhunderten die Verbreitung der Lepra gleichen Schritt hielt mit den Völkerwanderungen.

Wenn Verfasser die Art und Weise der Verbreitung bespricht, unter besonderer Berücksichtigung der Epidemien auf den Sandwich-Inseln, im Gouvernement Astrakan, in Süd-Rufsland und Turkestan, giebt er zugleich an, wie die Vermehrung der Leprakranken Anlafs gab zur Darstellung von Isolierungskolonien, zugleich wie schwierig es ist, zu entscheiden, wie grofs die Zahl der Leprösen vor dem Jahre 1850 war, und somit daraus den Schlufs zu ziehen, ob Kontagiosität oder Heredität der wichtigste oder einzige Faktor zur Verbreitung der Krankheit ist; öfters war durch Zählung in relativ kurzer Zeit eine grofse Vermehrung zu konstatieren, und da die

Potentia virilis in den meisten Fällen verschwindet, die Menstruation öfters für immer cessiert, so ist es doch sehr schwierig vorauszusetzen, dafs Heredität der einzige Faktor zur Verbreitung der Krankheit sein würde.

Verschiedene von Münch genau untersuchte Fälle werden in Tabellen specifisch angeführt und die Ursprünge der Ansteckung erwogen. Ferner erforscht der Verfasser die Entstehung neuer Herde, wo aus Lepraländern eingewanderte Personen die ersten Symptome der Krankheit zeigen, neue Fälle ringsum entstehen und auf diese Weise ein richtiger Lepraherd zu stande kommt.

Bei der Besprechung unserer Kenntnisse von den alten Herden hebt Verfasser hervor, wie die Bevölkerung oft die Lepra für kontagiös hielt, die Leprakranken vertrieb, zuweilen sie steinigte, aber wie sie schlechter Nahrung, Armut etc. einen grofsen Einfluſs auf die Entstehung des Leidens zuschrieb.

Ferner erwähnt Verfasser, dafs in einigen Dörfern Cyperns sich je ein Leprakranker aufhielt, der nur mit wenigen Dorfbewohnern verkehrte, und dafs später gerade diese wenigen Verkehrsgenossen des Leprösen von der Lepra befallen wurden.

Die Art und Weise des Ausbruchs alter Herde läfst vermuten, dafs Umherziehen und Auswandern der örtlichen Bevölkerung grofsen Einfluſs auf die Verbreitung ausüben, was zu dem Rückschluſs berechtigt, dafs Lepra durch den Menschen auf den Menschen übertragen wird, daher kontagiös ist.

Den Nutzen der Statistiken hält Verfasser für sehr anfechtbar und wohl hauptsächlich infolge der Fehler, welche bei fast allen Statistiken wahrgenommen werden, und welche teils durch die Vergefslichkeit und die Neigung der Patienten zur Betrügerei, teils durch das geringere Talent des Untersuchers entstehen.

Auch der Einfluſs, welchen die zwangweise Isolierung auf die Verbreitung der Lepra ausübt, lehrt uns relativ wenig, weil diese gewöhnlich wegen der Weigerung der Bevölkerung nicht streng genug angewendet werden könnte, und andererseits die Leprakranken durch Verstecken sich derselben entzogen, ein Umstand, welcher z. B. klar ans Licht kam, als Dr. Finch auf die Insel Hawaii kam. Als bekannt wurde, dafs dieser die Lepra als das vierte Stadium der Syphilis betrachtete und behauptete, sie heilen zu können, kam eine grofse Menge versteckt gehaltener Leprakranken wieder zum Vorschein. Nur allein die Geschichte der Norwegischen Isolierung giebt einige zuverlässige Resultate; und gerade die Verminderung, welche diese Isolierungsmafsregeln zur Folge hatte, stützt die Ansichten der Kontagionisten ganz gewaltig.

Die in leprafreien Gegenden vorkommenden sporadischen, aus Lepragegenden eingewanderten Fälle beweisen an und für sich nur die Infektiosität, aber im Verein mit der feststehenden Thatsache, dafs das Entstehen eines neuen Herdes immer zusammentrifft mit der Versetzung eines Leprakranken in eine leprafreie Gegend, ergiebt sich klar und deutlich die Kontagiosität.

Der Verfasser bemerkt, dafs gerade diese Kategorie von Kranken mafsgebend ist, weil man bei diesen am besten im stande ist, die Dauer des Inkubations-Stadiums (bis zu 15 Jahren) zu studieren, und er giebt eine Menge Beispiele vom Entstehen neuer Herde in einer bis jetzt leprafreien Gegend im Anschluſs an die Einwanderung eines Leprakranken.

Endlich behandelt Verfasser die zufälligen und vorsätzlichen Inokulationen.

Aus allem zieht er den Schluſs, dafs Lepra kontagiös ist, in dem Sinne, dafs sie direkt oder indirekt von einem Kranken auf den anderen übertragen wird; zum Schluſs erwähnt er noch in kurzen Worten die Gründe, auf welche seine Schluſsfolgerung sich stützt, und citiert und widerlegt noch einige Bedenken und negative Beweise gegen seine Behauptung, um schliefslich noch einige Seiten der Frage über die Heredität der Lepra zu widmen — eine Frage, welche durch Verfasser als nicht

vollkommen gelöst betrachtet wird; er für sich hält die Heredität aber für höchst wahrscheinlich.

Das Büchlein giebt allen, welche sich für diesen Gegenstand interessieren, ein kurzes und klares Resumé der Litteratur, Anstaltsberichte etc.

Spruyt Landskroon-Amsterdam.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Hygiene der Hände, von S. Jessner. Da die Hände das Kapital des Arbeiters sind, so sollte derselbe alles thun, um sich dieselben gesund zu halten. Viele Veränderungen, Schwielenbildungen etc. sind Anpassungen an die betreffende Verrichtung. Andere Schädlichkeiten, chemische sowohl wie mechanische, schädigen die Hornschicht und machen die Hand so arbeitsuntüchtig; diesen soll durch Reinlichkeit, Einfettung, Polsterung etc. entgegengearbeitet werden. (*Fortschritte für öffentliche Gesundheitspflege.* Oktober 1892.) *F. Hahn-Bremen.*

Die Prostitution, von E. Müller. (München 1892, Lehmann.) Eine Darstellung der Prostitution, ihrer Gefahren, ihrer staatlichen Überwachung im knappen Rahmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Regelung der Prostitution, von Maximilian v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1892. No. 28 und 29.) Aus den ziemlich detaillierten Vorschlägen des Verfassers möchte ich hervorheben, dafs er für die Verweisung der Prostituierten in bestimmte Strafsen eintritt, die Bordelle keineswegs perhorresciert, für die Internierung syphilitischer Dirnen auf 2 Jahre plädiert und eine obligatorische Prüfung der Syphilis und Hautkrankheiten bei den Rigorosen verlangt. Im übrigen entsprechen die Ansichten des Verfassers den allgemein geteilten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

1. **Die Regelung der Prostitutionsfrage**, herausgegeben vom Aktionscomité des Züricher Männervereins zur Hebung der Sittlichkeit. (Ref. *Münch. med. Woch.*, 1892, No. 38.)

2. **Die Gefahren der Prostitution und ihre gesetzliche Bekämpfung**, von Zehnder.

Die erste Arbeit, ein im amtlichen Auftrage verfafstes Gutachten, basiert auf den Züricher Verhältnissen und kommt zu den Schlüssen, dafs die Prostitution reglementiert werden müsse, und nur die reglementierte geduldet werden könne; das geringste Übel sei die Kontrolle der Einzeldirnen, nicht die der Bordelle.

In scharfem Tone wendet sich die zweite Broschüre gegen dies Gutachten: die ärztliche Kontrolle sei unzulänglich; die allgemeine Sittlichkeit erlaube dem Staate nicht, mit einem Mifsstande, dessen Unausrottbarkeit noch nicht erwiesen sei, einen Vertrag zu schliefsen.

Referent schliefst mit der Mahnung, beim Studium der Prostitutionsfrage nicht eine Broschüre ohne gleichzeitige Kenntnisnahme von der anderen zu benutzen.

F. Hahn-Bremen.

Pharmakologie.

Einige neuere Heilmittel in der dermatologischen Praxis, von Charles W. Allen. (*Med. Record.* 4. Bd. 1892. No. 42.)

Naphtol ist besonders zusammen mit Schwefel ein gutes Antiparasiticum, besonders bei Scabies, und heilt oft schnell den Pruritus. Bei Krankheiten des Capillitium, der Psoriasis, Pityriasis, Seborrhoe, Alopecie, Pediculosis ist es den andern Mitteln gleichwertig; man erhöht die Wirkung durch Sublimat. Bei Alopecie ist die stimulierende Wirkung von Wert.

Bismuthum oxydatum, ein geruchloses, unlösliches, kupferfarbiges Pulver, nützlich als Streupulver bei der Wundbehandlung; auf der Wundfläche bildet es eine metallisch glänzende Decke wie eine Glasur; es deckt, desinficiert, anästhesiert, stimuliert und regt die Vernarbung an. Eine dünnere Lage ist vorteilhaft; bei Schanker, Balanitis, Herpes progenitalis, feuchten Papeln etc. leistet es ausgezeichnetes.

Ichthyol, bestes Mittel bei Erysipelas; bei Lichen, Acne varioliformis, Impetigo, Ekzem ist es überschätzt, aber wirksam.

Resorcin von gutem Erfolge bei Epithelioma, Sycosis, Intertrigo, manchen Ekzemarten, Ringwarzen, Acne Rosacea und anderen Fällen. In starker Koncentration ein Kaustikum, anwendbar bei Epithelioma. Bei Pruritus hält die Wirkung mehrere Stunden an.

Wasserstoffsuperoxyd bei Paronychie, Psoriasis des Nagelbetts und anderen Nagelaffektionen von hohem Werte; 1 Teil einer 10% ätherischen Lösung zu 5 Teilen Vaselin als ausgezeichnetes Desinficiens bei Scharlach. Bei Verbrennungen, Abscessen, oberflächlichen und tief liegenden eiterigen Geschwüren im Rachen hat Wasserstoffsuperoxyd gute Resultate.

Pyrozon ist eine 50% Lösung von Wasserstoffsuperoxyd in Äther; es macht die Haut sofort weifs für lange Zeit unter Prickeln, hin und wieder unter Schmerzen mit nachfolgendem Jucken. Bei Wiederholung tritt Bläschenbildung auf. Gute Erfolge bei Chloasma, Naevi pigmentosi und niedrigen Warzen.

Aristol, granulationsanregend; günstige Wirkung bei Kankroiden, Psoriasis, Lupus, Ringwarzen, Eccema marginatum, Ulcera, Erysipelas, Syphilis der Nase, Ozaena. Lösung in Öl oder Äther ist vorteilhaft.

Europhen adhäriert den wunden Flächen besser als Jodoform; man bedarf auch geringerer Mengen. Wertlos bei Psoriasis und Favus, sehr nützlich bei Krankheiten der Nase und des Rachens. Bei Impetigo contagiosa, Ulcerationen steht es mit dem Aristol anderen Mittel nach.

Dermatol, unlöslich, daher nicht toxisch, reizt die Haut nicht, heilt Wunden, besonders Brandwunden zweiten Grades (2% Salbe). Ein Dermatolpflaster verhütet eine Grubenbildung bei Varicellen. Als Streupulver bei Intertrigo, Eccema, Hyperidrosis, gemischt mit Talcum und Amylum von Vorteil.

Pyoktanin, wenig wertvoll bei Hautkrankheiten. Bei inoperablem Krebs bedeutende Erleichterung; innerlich nur bei Cystitis wirksam. Von 38 Gonorrhoikern entzogen sich 26 der Behandlung mit Pyoktanin, 8 wurden geheilt, 3 gebessert, 1 blieb ungebessert.

Fuchsin in 1%iger alkoholischer Lösung oder als Kollodium hatte keinen Erfolg, dagegen hat Kreolin in 2%iger Lösung bei manchen Ekzemen guten Erfolg.

Kalium permanganicum ist ein energisches Mittel gegen Hyperidrosis pedum; auch bei Ekzemen, Pusteln, Geschwüren ist seine Wirkung zu wenig geschätzt

Glykogelatin ist eine Mischung von Glycerin und Gelatine in verschiedenen Verhältnissen und giebt aufgepinselt eine Schutzschicht. Bassoringummi giebt mit

Wasser, Glycerin, Dextrin eine geleeartige Masse. Plasment ist ein ähnlicher Stoff, aus Moos hergestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Dermatol, von Gläser. (IV. Kongreſs der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Mai 1891.) Die Resultate des Vortragenden mit Dermatol als Ersatzmittel des Jodoforms sind günstig; die desinfizierende Wirkung genügend. Die Geruchlosigkeit des Mittels ist ein groſser Vorteil. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatol und Jodoform, von Glaser. (*Amer. Drug.* nach *Gaillards med. Journ.* Oktober 1892.) Glaser erklärt das Dermatol für durchaus keinen Ersatz des Jodoforms, denn letzteres regt die Sekretion an, während ersteres dieselbe beschränkt. Das Dermatol könne aber wohl mit Nutzen bei aseptischen (operativen) Wunden angewandt werden, während für inficierte Wunden Jodoform vorzuziehen sei. *Philippi-Nieheim.*

Europhen, mit klinischen Bemerkungen über Europhen und Europhen-Aristol, von Shoemaker. (*Journ. of Amer. med. Assoc.* 1892.) Europhen, besonders aber Europhen/Aristol (Mischung von gleichen Teilen beider Substanzen) bewährte sich als Pulver oder Salbe bei Wunden, Geschwüren, Karbunkeln, Akne, Sykosis, Psoriasis, Erysipel, Spätformen von Syphilis etc. *F. Hahn-Bremen.*

Über meine weiteren therapeutischen Erfahrungen mit Europhen von Dr. P. J. Eichhoff in Elberfeld. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 1.) Verfasser beobachtete günstige Erfolge mit Europhen bei 31 Fällen von Ulcus molle, ferner hat es in 8 Fällen von Ulcus cruris günstig gewirkt. Bei beiden Affektionen wurde es in Pulverform angewandt. 5 Fälle von Scrophuloderma und 7 Fälle von Lupus exulcerans vernarbten unter Anwendung von Europhen, das teils in Pulverform, teils in 1—3 % Salbe angewandt wurde. Einen guten Heilerfolg erzielte er auch bei den in Verbindung mit Gonorrhoe bei Frauen so häufig vorkommenden Erosionen und Ulcerationen der Portio vaginalis uteri. Gern und mit vielem Erfolg hat er es bei den sekundär syphilitischen sogen. breiten Kondylomen als äuſseres und lokales Mittel gebraucht, sieht aber ganz von seiner Anwendung zu subkutanen Injektionen bei Syphilis ab. *L. Hoffmann-Berlin.*

Europhen und Aristol, von Eichler. (*Med. and Surg. Reporter. Philadelphia.*) Europhen verdient da angewendet zu werden, wo man Granulationen hervorrufen oder reizen will, ferner bei Verbrennungen, bei weichem Schanker und bei konstitutioneller Syphilis, überhaupt als Ersatz des Jodoforms. *F. Hahn-Bremen.*

Über Europhen und Aristol, von Richtmann. (24. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher zu Kronstadt vom 22.—25. August 1892. *Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) Der Vortragende hat in gynäkologischen Fällen und nach operativen Eingriffen gute Resultate von einer Mischung von Europhen und Aristol (4 : 5) gesehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Aristol, von C. W. Allen. (*Med. Rec.* 23. Juli. 1892. nach *Marylands med. Journ.* 15. Oktober 1892.) In einer Abhandlung über neuere Heilmittel in der dermatologischen Praxis äuſsert sich Allen über das Aristol dahin, daſs er mit diesem Mittel bei verschiedenen Affektionen, wo ein Reiz für die Granulationsbildung und Narbenentwickelung gewünscht wurde, sehr gute Resultate gesehen habe. Zur Behandlung von Kankroiden hat A. das Aristol viel verwendet, und obgleich eine Heilung wohl nicht definitiv damit erzielt werde, so wirke das Mittel doch sehr nützlich. Ebenso hat es auf Lupus, Psoriasis und Epitheliom eine günstige Wirkung. Beim Epitheliom wirkt Aristol auch günstig, wenn auch naturgemäſs damit eine eigentliche

Heilung nicht erzielt werden kann. Auch bei Herpes tonsurans capitis, Eczema marginatum, Geschwüren, Erysipel, Nasensyphilis, Ozaena ergab das Mittel gute Resultate. Vor dem Dermatol hat es den Vorzug der Löslichkeit in fetten Ölen, Äther und (wenn auch wenig) in Alkohol. *Philippi-Nicheim.*

Aristol bei Hautkrankheiten, von Sormani. (*Atlanta med. and surg. Journ* 1892. No. 7.) Aristol bewährte sich bei einem Epitheliom der Nase, bei ulzeriertem Lupus, bei Ekthyma, Beingeschwüren etc. *F. Hahn-Bremen.*

Oxychinaseptol oder Diaphtherin, von Hamecher. (*Deutsch. med. Ztg.* 1892. Dies neue Antisepticum besteht aus 1 Molekül Aseptol (Phenolsulfosäure) und 2 Molekülen Oxychinolin; es wirkt kräftiger als Phenol, Lysol, und ätzt weniger; die gewöhnliche Koncentration ist 1%. Verfasser, Zahnarzt, hat es mit gutem Erfolge angewendet. Leider hat es den Nachteil, nicht vernickelte Instrumente in kurzer Zeit schwarz zu färben. *F. Hahn-Bremen.*

Rohrer hat das **Oxychinaseptol** (Diaphtherin) mit gutem Erfolge in der Oto- und Rhinotherapie angewendet und erwähnt neben dessen guten antiseptischen Eigenschaften (0,5—1%ige wässrige Lösungen) besonders die gute desodorierende Wirkung bei fötiden Otorrhoen und Rhinitiden. Dem sonst relativ ungiftigen Körper haftet jedoch der Übelstand an, dafs er nicht vernickelte Instrumente schwärzt. Im übrigen aber gehört er zu den absolut reizlosen Desinficientien.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Alumnol (ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe), von M. Chotzen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 48.) Alumnol ist das Aluminiumsalz einer Sulfosäure des Naphtols (es enthält 15% Schwefel in Form von Sulfogruppen und ca. 5% Aluminium). Es ist ein feines, weifses Pulver, in kaltem Wasser, in Glycerin und heifsem Alkohol (in letzterem mit schöner blauer Fluorescenz) löslich, in Äther unlöslich. Nach Dres. Heinz und Liebrecht soll es ein unschädliches, geruchloses, antiseptisches Adstringens sein. Verfasser hat es 1. als Alumnol. pur. bei exulcerierten Erosionen der Glans penis, des Sulcus coronarius und der Vorhaut, bei Ulcus molle und Abscessen angewandt, 2. als Alumnol-Streupulver 10—20% mit Talcum veneticum und Amylum aa bei Balanitis, Erosionen, nässendem Ekzem, Verbrennungen geringen Grades, Wundnaht, 3. als Alumnol-Lösungen 1—5% bei nässendem Ekzem, pustulösem Ekzem, Gesichtsakne, Furunkulose, Drüsenanschwellung, gonokokkenhaltiger akuter, sowie gonokokkenfreier Harnröhrenentzündung, 4. Alumnol Spiritus 2½—10% zur Nachbehandlung von Ekzemen, postskabiösem Ekzem, Urticaria, Sykosis, Favus, Psoriasis des Kopfes und Gesichtes, 5. Alumnol-Lanolinat-Salbe (2½, 5, 10 und 20%). Alumnol 10,0, Lanol. anhydr. 50,0, Paraffin liquid. 35,0, Ceresin. 5,0, bei Ekzem, Seborrhoea capitis, Psoriasis, Favus. Alumnol 0,5 (1,0), Aq. destill. 1,5 (1,0), Glycerin 3,0, Ung. Lanolinat. 15,0 bei Urethritis infectiosa zu Einspritzungen. Alumnol 10% c. Ung. Hydr. cin. als Einreibung bei ungewöhnlich stark entwickeltem luetischen Exanthem. 6. Alumnol-Firnisse:

a) Alumnol-Salep-Bassorin:	*Tubera-Salep*	10,0
	Glycerin	20,0
	Aq. destill.	200,0
coque usque ad consistentiam unguenti, adde	*Alumnol*	20,0
b) Alumnol-Traganth-Salep-Bassorin:	*Alumnol*	10,0
	Tragac.-Bassorin	50,0
	Salep-Bassorin	50,0

Empfehlenswert bei mäfsig nässendem Ekzem.

c) Alumnol-Schellack-Firnifs:	*Lacc. in Tabula*	50,0
	Ol. Ricin.	10,0
	Alumnol	20,0
	Alkohol	150,0
d) Alumnol-Bleiricinoleat-Firnifs:	*Bleiricinoleat*	40,0
	Alkoh. absol.	80,0
	Alumnol	12,0

Diese beiden eignen sich bei gering infiltriertem, papulösem, squamösem Ekzem.

e) Alumnol-Ricinusöl-Collodium-Ekzem:	*Alumnol*	18,0
	Ol. Ricin.	20,0
	Collodii	160,0
f) Alumnol-Canadabalsam-Collodium-Firnifs:		
	Alumnol	18,0
	Bals. Canadens.	10,0
	Collodii	160,0

g) Alumnol-Bernsteinlack-Firnifs 10—20%

h) Alumnol-Traumaticin-Firnifs 10—20%

i) Alumnol-Gummi-Benzol-Firnifs 10—20%.

Die unter e bis i angeführten Firnisse sind bei hochgradigen, derb infiltrierten Hautentzündungen angebracht.

7. Alumnol-Guttapercha-Pflastermull 5—50% bei Ekzem, Erythema exsudatum, Prurigo, Psoriasis, Lupus, Furunkeln, Epididymitis.

Alumnol-Hg-Guttaperchapflaster: 17,5 Hg, 20,0 Alumnol auf $^1/_5$ Quadratmeter Guttaperchapflaster erwies sich als besonders wirksam bei Erysipel, bei hochgradig infiltrierten, bereits überhäuteten Sklerosen, bei luetischen Efflorescenzen.

8. 1—10% Alumnol-Gelatine-Stäbchen bei Entzündung des Cervix uteri und des Uterus selbst, bei Fistelgängen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Flüssige Jod-Vaseline wird von Séhu als Ersatz für Jod-Tinktur in Vorschlag gebracht. Da die Vaseline aber nur höchstens 5% Jod zur Lösung bringt, so wird letzteres vorher in kleinster Menge Äther gelöst.

Euphorin hat nach G. Peroni und R. Bovero folgende therapeutische Bedeutung:

1. Es coupirt nahezu (!) den Eiterungsprozefs bei Kontinuitätsstörungen.
2. Es beseitigt schnell den widerlichen Geruch einiger syphilitischer Affektionen.
3. Es beschleunigt die Vernarbung bei Kontinuitätsstörungen.
4. Es verhindert die Propagation syphilitischer Geschwüre auf die Inguinalgegend.
5. Es hat eine nicht unbedeutende analgetische Wirkung.

(*Giorn. della academia di medicina di Torino.* 1891. Bd. 54, No. 6.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Birkenteer, Oleum Rusci, von T. Vigier. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 765.) Enthält Mitteilungen über die Herstellungsweise des Birkenteers, der namentlich im nördlichen Rufsland und Litthauen aus der Rinde der weifsen Birke gewonnen wird. Er sieht im reinen Zustande grünlich aus und enthält ein Phenol, das dem Juchtenleder seinen eigentümlichen Geruch verleiht. — In Frankreich sind verschiedene Präparate desselben im Handel, die in der Behandlung von Hautkrankheiten Verwendung finden. *Türkheim-Hamburg.*

Über Losophan, von Edmund Saalfeld. (*Therap. Monatsh.* Oktober 1892.) Losophan, hergestellt von Friedrich Bayer & Co., ist ein Trijodkresol ($C_6HJ_3 . CH_3$.

× OH), stellt weifse Nadeln dar, ist löslich in Äther, Benzol, Chloroform, schwerer in Alkohol, wird bei 60° auch von fetten Ölen aufgenommen. In verdünnter Natronlauge löslich, verändert es sich durch koncentrierte Lauge zu einem amorphen, grünlich-schwarzen, in Alkohol unlöslichen Körper. Es enthält 80% Jod. — Das Mittel wurde bei Hautleiden angewendet als 1%ige Lösung in Spiritus 75,0, Aq. 25,0 oder als 1—3%ige Salbe. Gut waren im ganzen die Erfolge bei mykotischen Leiden, Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria, Pityriasis versicolor; bei Ekzemen ruft Losophan oft sehr heftige Entzündungen hervor, übt aber auf chronische Infiltrationen und das Jucken einen guten Einfluſs aus. Von vier Prurigofällen wurde einer durch Losophan definitiv geheilt, die anderen drei günstig beeinfluſst, so daſs dasselbe für Prurigo von erheblichem Werte zu sein scheint. Weniger wirksam war es bei Pruritus, fast gar nicht bei Urticaria. Bei Sycosis vulgaris war das Resultat meistens gut, jedoch trat bei einem Patienten eine heftige entzündliche Reizung ein. Acne und Acne rosacea wurden im ganzen günstig beeinfluſst, ohne daſs Recidive verhütet werden konnten. — Negativ waren die Erfolge selbst 10%iger Salben bei Psoriasis, wo auch jede Reizung ausblieb. Epizoen wurden durch 1%ige Lösung mit 25%igem Essigzusatz beseitigt, jedoch war bei Skabies die Wirkung vielleicht eine etwas langsamere als bei anderen Mitteln. Als 1%iges Streupulver leistete Losophan als Verbandsmittel ziemlich gute Dienste; syphilitische Ulcera aber zeigten unter Losophan keine Heilungstendenz.

Nach diesen Mitteilungen ist das Losophan bei akut entzündlichen Affektionen der Haut kontraindiciert, dagegen besonders bei mykotischen Leiden und Prurigo weiter zu versuchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Thiol zur Behandlung der Ulcera varicosa lobt Antonio Domingos de Si Moncorvo bei Hautkrankheiten der Kinder. Es hat keine lästigen Nebenwirkungen.

Über geschmeidiges Thilanin, von Dr. E. Saalfeld. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 1.) Wegen der zu zähen Konsistenz des Thilanin konnte dasselbe an behaarten Stellen nicht angewandt werden. Die Lanolinfabrik von Benno Jaffé & Darmstädter hat nun ein geschmeidiges Präparat dargestellt, das dasselbe Aussehen wie das zähe Thilanin hat und weniger nach Schwefel riecht. Dasselbe wirkt noch besser als das zähe und zwar beim Ekzem; in vielen Fällen von nässendem und krustösem Ekzem des Kopfes, Gesichtes resp. Halses bei Kindern wurde innerhalb kurzer Zeit völlige Heilung erzielt und nicht minder gut waren die Erfolge bei Impetigo contagiosa und beim papulösen und vesikulösen Ekzem. Beim infiltrierten Ekzem schwanden bei konsequenter Anwendung des Mittels die Infiltrate zum Teil, so daſs in einzelnen Fällen auf die Anwendung des Theers verzichtet werden konnte. Bei den durch Prurigo und Scabies bedingten Kratzekzemen und bei mehreren Fällen von arteficieller Dermatitis, so z. B. bei einer Pyrogallusreizung, einer durch Jodtinktur bedingten Dermatitis des Scrotums einem sehr starken Ekzem der behaarten Kopfhaut nach Sublimatreizung, bei einer Area Celsi und mehreren Fällen von Reizung nach Ung. Wilkinsonii wirkte es günstig. Fälle von Eccema rhimosum scroti wurden in kurzer Zeit ihrer Heilung entgegengeführt. Bei 12 Fällen von Sycosis vulgaris wurde teils Heilung, teils wesentliche Besserung konstatiert. In 3 Fällen von Ichthyosis verminderte sich das Spannungsgefühl und die Verdickung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pillen mit Salolüberzug sollen die keratinierten Pillen ersetzen. Die Pillen werden mit

Salol	2,0
Tannin	0,5
Äther	10,0

überzogen oder in geschmolzenes Salol (Salol schmilzt bei 40° im Wasserbade) getaucht. Auch Gelatinekapseln können so überzogen werden. (*Pharm. Post.* Aug. 1892.)

Quecksilbersalbe empfiehlt MONNET in folgender Form:

Ung. Glycerin.
Hydrargyr. aa

Das Quecksilber wird mit der Hälfte Ung. Glycerin. verrieben und dann erst die andere Hälfte des Ung. Glycerin. zugesetzt. Die Salbe wird nicht ranzig und reizt nicht die Haut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Verordnung von Balsam. Copaivae eignet sich:

Bals. Copaiv.
Pulv Cubebar. aa 60,0
Magn. q. s. u. f. electuarium.

Ds. 6mal täglich ein nufsgrofses Stück zu nehmen. (*Centralbl. f. d. ges. Therap.* 91.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Zusammensetzung des Niederschlags aus dem Liquor Kal. arsenicosi von W. BRÄUTIGAM. (*Pharmac. Centralh.* 1892. No. 51.) Durch entsprechende Untersuchung weist Verfasser nach, dafs der sich nach langem Bestehen in Liq. Kal. arsenic. bildende Niederschlag aus Kieselsäure besteht; der Überschufs von kohlensaurem Kalium ist Schuld daran. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wirkung des Salophen und die krystallinische Ausscheidung desselben und verwandter Arzneikörper auf der Haut, von RICHARD HITSCHMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 49.) Nach einem kurzen Überblick über die Salophen-Litteratur und Mitteilung eines Falles von Urticaria nach Salophengebrauch, welche aber trotz fortgesetzter Darreichung schwand, berichtet H. über die Erfolge, die auf der medizinischen Abteilung von Hofrat Prof. DRASCHE mit Salophen erzielt sind. Dieselben sind bei Gelenkrheumatismus im ganzen als günstige zu bezeichnen, ohne dafs Salophen Recidive und Herzfehler verhüten konnte. Bei Purpura rheumatica war keine Einwirkung auf die Hämorrhagien zu konstatieren. Interessant ist das Auftreten kleiner glitzernder Krystalle auf der Haut nach der Verdunstung des durch Salophen bewirkten Schweifses; ihre Zahl ist um so gröfser, je profuser der Schweifs und je schneller er verdunstet. Die Krystalle erwiesen sich als unverändertes Salophen. Die Erklärung dafür ist nicht so einfach zu geben. Salophen zerfällt im Darm zu Salicylsäure und Acetylparamidophenol, die beide im Harn nachweisbar sind. Man müfste nun entweder annehmen, dafs bei dem Übergang aus dem alkalischen Blute in den sauren Schweifs wieder Salophen aus seinen Komponenten entsteht oder ein Teil des Salophen im Darm unzersetzt bleibt. In letzterem Falle ist es doch wunderbar, dafs dann nicht auch im Harn unzersetztes Salophen nachweisbar ist. Vielleicht haben die Nierenepithelien nur eine Prädilektion für die Spaltungsprodukte des Salophen, die Schweifsdrüsenzellen für dieses selbst. — Krystallausscheidung auf der Haut hat dann der Verfasser noch gefunden, besonders nach Phenacetin, aber auch nach Natrium salicylicum und Antifebrin.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Desinfektionswert der Sozojodolpräparate nebst Bemerkungen über die Technik der Prüfung der Antiseptica, von SPIRIG. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.* XIII. 1. Die Prüfung des Verfassers ergab zunächst durch Sozojodolpräparate eine Entwickelungshemmung von Milzbrandsporen, Staphylococcus aureus, Bacillus prodigiosus, pyocyaneus und Typhusbacillen auf ihnen sonst zusagenden Nährböden. Durch tagelange Berührung von Milzbrandsporen mit pulverförmigen Sozojodolpräparaten werden dieselben nicht beeinflufst. — Zur Prüfung der Frage,

wie lange eine Bakterienart unter der Wirkung des Desinficiens stehen muſs, um abgetötet zu werden, verwandte Verfasser in Anbetracht der der Kochschen Seidenfadenmethode anhaftenden Mängel an Deckgläschen angetrocknetes Infektionsmaterial. Ein Deckgläschen wird gereinigt, entfettet, sterilisiert und dann in die Bakteriensuspension (Bouillonkulturen oder in sterilem Wasser aufgeschwemmte Abkratzungen von Agarkulturen) getaucht und auf sterilem Drahtsieb unter Glasglocke langsam getrocknet. Die Bakterienschicht haftet sehr fest. Das Desinficiens kann nun gleichmäſsig auf die Bakterienschicht einwirken und nachher durch Auswaschen besser entfernt werden als aus den sich imbibierenden Seidenfäden. Das Ergebnis war, daſs die Sozojodolpräparate eine Desinfektionskraft besitzen, aber in verschiedenem Grade. Das Sozojodolquecksilber kommt dem Sublimat mindestens gleich. Dieses bewährte sich auch bei in Nährböden enthaltenen Bakterien, mehr in Bouillon, weniger in Hydrocelenflüssigkeit. — Verfasser prüfte dann noch das Sozojodolkalium, allerdings in kaum genügender Weise, auf seine Wirkung am lebenden Gewebe. — In Anbetracht der Reiz- und Geruchlosigkeit, der geringen Giftwirkung, der Verminderung der Sekretion hält Verfasser das Mittel für verwendbar, wenn es auch weniger trocknet und die Granulationsbildung anregt als Jodoform. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Präparate für die Haut demonstriert Mosler im Greifswalder medizinischen Verein den 7. Mai 1892. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 40.) Er lobt für chronisch nässende Ekzeme die Hebrasche Diachylonsalbe, die er aus der Hirschapotheke in Frankfurt a. M. bezieht. Dieselbe muſs nicht eingerieben, sondern ein Salbenverband angelegt werden. In hartnäckigen Fällen ist die Anwendung des Spiritus saponato-kalinus damit zu verbinden. — Zur Reinigung der Hände empfiehlt M. eine weiſse Kaliseife (Crêmeseife) von F. Wolff und Sohn in Karlsruhe. Um das Rauhwerden der Hände zu verhüten, ist der Gebrauch der aus derselben Fabrik bezogenen Palmitinseife vorteilhaft. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Naphtol-Kampfer in der chirurgischen Behandlung tuberkulöser Lymphdrüsenentzündungen, von Courtin. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1891. No. 42.) Verfasser hat folgende Lösung mit ausgezeichnetem Erfolge in die Lymphdrüsen eingespritzt:

β-Naphtol		
Camphor	ää	10,0
60° *Alkohol*		40,0

filtra.

Schmerz gering, vergeht nach einigen Minuten. 2—3 Tage leichte Anschwellung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Antiseptische Mischungen pulverförmiger Substanzen empfiehlt Alberto Cavazzini in folgender Zusammensetzung:

Jodoform	55 Teile
Acid. salicyl.	20 „
Bismuth. subnitr.	20 „
Camphor	10 „

Die Mischung wirkt antiseptisch, belebt die atonischen Geschwüre, sistiert fast ganz die Eiterung und bringt entzündete Lymphdrüsen zur Rückbildung, sie erzeugt keine zu üppigen Granulationen. Allerdings bluten diese leicht und entstehen bei empfindlicher Haut leicht Exkoriationen. Man ersetzt das Pulver zweckmäſsig alle 5—6 Tage durch Jodol. (*Rif. med.* 1891. S. 287. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 20.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Arsenlähmungen, von Marik. (*Wien. klin. Wochenschr.* Juni 1891.) Verfasser beobachtete bei zwei zusammenwohnenden Damen folgenden Symptomenkomplex:

heftiger Magendarmkatarrh, Erytheme, abwechselnd Kälte- und Hitzegefühl; darauf Parästhesien, wie Kriebeln etc., rasende Schmerzen in den Beinen. Der Urin roch nach Knoblauch. Allmälich zunehmende Lähmung der Beine und ataktische Störungen an Händen und Füfsen, Wadenkrämpfe, Zucken in den verschiedensten Muskelgebieten. Allgemeine Abmagerung, schliefslich Lähmung aller Glieder. Unregelmäfsig verbreitete Anästhesien, zum Teil verlangsamte Schmerzempfindung, Anomalie des Temperatursinnes. Der Harn der einen Kranken war arsenhaltig. — Als Quelle der Intoxikation erwies sich ein mit einem weifslichen Pulver — arseniger Säure — bestäubtes, ausgestopftes Kaninchen, das in einem mit Obst gefüllten Kasten stand, von dessen Inhalt beide Damen zu genieſsen pflegten. Beide genasen. — Verfasser bespricht im Anschlufs hieran die Symptome der Arsenikvergiftungen, speziell der Arseniklähmungen. Die erste Stelle nehmen Sensibilitätsstörungen aller Art ein, an der Peripherie, speziell an den Beinen beginnend: Neuralgien, Anaesthesia dolorosa, Parästhesien u. s. w. Die motorischen Störungen ergreifen alle Extremitäten, am frühesten und stärksten die Beine; sie sind meistens symmetrisch, doch kommen auch Monoplegien und Hemiplegien vor. Es kann nur eine leichte Parese bestehen, aber auch zur vollkommenen Paralyse kommen. Koordinationsstörungen, motorische Reizerscheinungen, in schweren Fällen Kontrakturen und Aufhebung des Kniephänomens treten auf; die anderen Reflexe zeigen verschiedenes Verhalten. Entartungsreaktion ist mehrfach beschrieben. — Atrophie der Muskeln tritt frühzeitig und konstant auf, entwickelt sich rapide und ist sehr ausgedehnt. Veränderungen der Nägel, Alopecie, besonders aber Erytheme Urticaria, Herpes zoster, Pigmentflecke, Hyperidrosis etc., auch Salivation sind häufig. Von Störungen der Gehirnnerven sind nur Gehörs- und Gesichtsanomalien beobachtet, — Dyspnoe, Stimmbandlähmungen, Tachykardie, Magendarmkatarrh, Albuminurie vervollständigen das Krankheitsbild; Geruch des Athems nach Cognac ist einmal beschrieben. — Für die Diagnose ist der Nachweis des Arsenik im Harn am wichtigsten, jedoch erscheint er oft nur intermittierend. — Da der Ausgang meistens ein guter ist, sind die pathologisch-anatomischen Grundlagen wenig bekannt. Das Experiment lehrt, dafs Gefäfsveränderungen, Verstopfung und Fettdegeneration in Nerven und Muskeln entstehen; dem entspricht ein Sektionsergebnis von Eppinger, bei dem chronisch entzündliche Herde um alte kapillare Hämorrhagien in den Muskeln bestanden. Man zählt die Arsenlähmungen zur Polyneuritis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ausscheidung von Blei und Eisen durch die Haut bei der akuten Bleivergiftung, von Oddo und Silbert. (*Revue de méd.* April 1892.) Bei der akuten Bleivergiftung wird das Blei auch durch die Haut eliminiert, aber nicht so erheblich wie durch Galle und Niere. Die Eliminierung des Eisens geht durch die Haut proportional der Intensität der Bleianämie vor sich. *Jessner Königsberg i. Pr.*

Eine Atropin-Intoxikation nach epidermatischem Gebrauch einer Belladonnasalbe, von S. J. Meltzer. (*New Yorker Med. Monatsschr.* Juli 1892.) Gegenüber der auf theoretischer Basis noch immer verfochtenen Behauptung, dafs die intakte Haut nicht resorbiere, ist der mitgeteilte Fall von grofsem Interesse: Ein Fräulein klagt nach vierwöchigem Gebrauch einer Salbe von Extractum belladonnae in Lanolin (1 : 30) gegen Pruritus ani über Muskelschwäche, Schwindel, Schmerz im Hinterkopf und in der Supraorbitalregion, Sehstörungen, Trockenheit im Halse, hat dilatierte Pupillen, frequenten Puls. Alle Erscheinungen schwinden nach Aussetzen der Salbe in vier Tagen. Die Epidermis war intakt, keinerlei Kratzwunden sichtbar; das Jucken hatte zur Zeit des Eintritts der Intoxikation auch schon aufgehört. Als begünstigend für die Resorption ist die Lokalität anzusehen, da gerade in der Analgegend besonders grofse Drüsen vorhanden sind; die Resorption erfolgt ja nach Ein-

dringen des Medikamentes in die Drüsen von diesen aus. Da die Haut an der Stelle auffallend trocken war, ist eine Leere der Hautdrüsen vielleicht als ein unterstützendes Moment anzusehen. Der Umstand, dafs erst nach vier Wochen die Intoxikation mit dem doch nicht kumulativ wirkenden Atropin erfolgte, spricht dafür, dafs durch lange fortgesetzte Einreibung günstigere Verhältnisse für die Resorption geschaffen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wirksame Gemische antiseptischer Stoffe. Christmas und Respaut haben nach Rotters Vorgang Gemische antiseptischer Stoffe hergestellt, die zusammen eine stärkere Wirkung ausüben als jeder einzelne, in denen aber die einzelnen in unschädlichen Mengen vorhanden sind. Sie empfehlen 1% Lösungen folgender Mischungen:

Karbolsäure.	8	8	9	8
Benzoesäure	1	1	—	—
Salicylsäure.	—	—	1	1
Oxalsäure ..	—	1	—	—
Zinkchlorid.	1	—	—	—
Pfefferminzöl	—	—	—	0,5

(*Le Progrès thérap.* 1892. No. 107.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Quecksilbervergiftung durch Kalomel und Sublimat, von H. Havas. (*Intern. klin. Rundsch.* 18. September 1892.) Ein 2jähriges an Scharlach erkranktes Kind erhielt neben häufigen Kalomeldosen (0,03 pro dosi) am ersten und zweiten Tag noch einen Kinderlöffel einer Sublimatlösung (0,03 : 1200). Eine halbe Stunde später heftige Kolik, starke Schmerzen in den Extremitäten, besonders in den Wadenmuskeln, Salivation, Gingivitis, worauf die Medizin ausgesetzt, nur Milch und trockene warme Umschläge auf den Leib verordnet wurden. Am Tage darauf toxische Krämpfe in den oberen und unteren Extremitäten, spärliche Diurese, geringe Albuminurie. Genesung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neues Dosierungssystem stark wirkender Arzneimittel, von Theodor Münzberger. (*Prager med. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Von Fronek ist der medizinischen Akademie in Paris ein neues System zur Dosierung vorgelegt worden, das grofsen Beifall fand. Die gesamte Tagesmaximaldose soll in zwölf Teile geteilt werden und die Dosis im Einzelfalle nach diesen Duodecimaldosen bestimmt werden. Dadurch wird dem Praktiker die Verschreibung erleichtert, ein Irrtum durch Vergefslichkeit ausgeschlossen. Praktisch ist der Vorschlag von Helbig, die maximale Dosis in zehn Teile zu teilen und nach Decimaldosen zu verschreiben.

Zur Einführung dieser Neuerung gehört internationale Verständigung über die jetzt in den Pharmakopöen verschiedenen Maximaldosen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Traumatische Entzündungen.

Chininkrätze ist eine Erkrankung der Arbeiter in Chininfabriken. Es entstehen pockenartige Anschwellungen auf der Haut, im Gesicht und am übrigen Körper. Die bei den Krystallisations-, Reinigungs- und Extraktionsarbeiten beschäftigten Arbeiter werden am meisten ergriffen. Theerschwefelseife bewährt sich als Heilmittel. (*Pharmac. Post.* 1891. No. 48.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der Hautausschläge nach dem Genufs von Antipyrin, von Henri Fournier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 488.) Verfasser verfügt über vier eigene Beobachtungen, von denen aber nur eine, die ein besonderes Interesse

bietet, eingehender erwähnt wird. In diesem Fall trug nämlich die betreffende Dame wegen ihrer Krampfadern eine kleine sternförmige Bandage, und der scharlachartige Ausschlag, der sich nach Genufs von täglich 1,5 g Antipyrin einstellte, hatte genau die Form dieser Bandage angenommen. Fournier knüpft hieran die Bemerkung, er habe mehrfach beobachtet, dafs die arzeneilichen Ausschläge mit Vorliebe diejenigen Körperstellen, die einer längeren Einschnürung ausgesetzt sind, befallen.

Die Abhandlung, die sich im wesentlichen mit einer Kritik der einschlägigen Arbeiten befafst und auch einige fremde, noch nicht veröffentlichte Krankengeschichten enthält, gipfelt in folgenden Schlufssätzen:

Die Antipyrinausschläge sind verhältnismäfsig häufig; sie kleiden sich bald in gewöhnliche, bald in ganz seltene, bullöse Formen; sie erscheinen nach geringen Gaben eben so leicht, wie nach grofsen, treten bald unmittelbar nach Einverleibung des Medikaments, bald erst nach Tagen auf; sie scheinen von der schnelleren oder langsameren Ausscheidung des Mittels durch die Harnwege nur in geringem Mafse abhängig. Sie sind, wie auch andere Arzeneiausschläge, durch eine individuelle Anlage bedingt. Zum Schlufs rät Verfasser, das Antipyrin auszusetzen, sobald es Hautsymptome macht; es sei das richtiger, schon um dem Kranken Aufregung und Unbehagen zu ersparen. *Türkheim-Hamburg.*

Blasenausschlag infolge von Quecksilbermifsbrauch, von Mouflier. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 764.) Ein 45jähriger Mann hatte sich wegen einer traumatischen Orchitis mit übertrieben viel Quecksilber eingerieben und bekam infolgedessen unter Schüttelfrost am ganzen Körper rote Flecke, die sich bald in serumhaltige grofse Blasen umwandelten und heftige Schmerzen verursachten. Heilung erst nach zehn Tagen. *Türkheim-Hamburg.*

Dubois-Havenith berichtet (in *La Policlinique.* 1893. No. 1) über ein **Bromexanthem** bei einem 22jährigen Patienten, der lange Zeit erfolglos mit Antispecifica behandelt worden war. Der Ausschlag hat seinen Sitz in asymmetrischer Verteilung auf Rumpf und Extremitäten und bestand aus akneförmigen Perifollikulitiden neben rupiaähnlichen, braunroten, mit dicken Krusten bedeckten, erhabenen, stellenweise warzenförmigen bis handtellergrofsen Infiltraten. Aufserdem sah man breite, weifse und tiefpigmentierte deprimierte Narben. Patient war Epileptiker und lange mit Bromsalzen behandelt worden. Nach Aussetzen dieser Medikation und Applikation von Stärkekataplasmen verschwand das Exanthem rasch unter Hinterlassung von Narben. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Todesursachen nach Verbrennung, von Salvioli. (Aus dem Laboratorium für allgemeine Pathologie der königl. Universität in Turin. *Virchows Archiv.* Bd. 125. Heft 2. 1891. *Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 4.) Die verschiedenen Anschauungen über die Ursachen des Todes nach ausgedehnten Verbrennungen der Haut sind zuletzt um die Theorie Weltis bereichert, der die Blutplättchen zu der Erklärung dieser interessanten Thatsache heranzieht. Es entstehen Thromben infolge der Zunahme der Blutplättchen, die sich bei der Erhitzung aus den roten Blutkörperchen bilden, und der Alteration in dem Umfang der Gefäfse, die bald erweitert, bald verengert sind. Silbermann bestätigte die Thrombenbildung, schrieb aber der Beeinflussung der roten Blutkörperchen den gröfseren Anteil zu. Verfasser unterzog die Frage einer erneuten Prüfung. Er fand auch, dafs die Blutplättchen weifse Thromben im Verbrennungsgebiete bilden, deren Verschleppung zu schweren Erscheinungen embolischen Ursprungs führt. Eine Zunahme der Bluttplättchen findet nicht statt. Eine bedeutende Verengerung der Arterien und eine Veränderung der

roten Blutkörperchen, die klebrig werden, sind weitere schädliche Momente. Wenn man das Blut von Hunden nach wiederholten Blutentziehungen defibriniert und so arm an Blutplättchen macht, können diese Tiere die stärksten Verbrühungen überstehen, weil keine Thromben und also auch keine Emboli entstehen, was man durch direkte Beobachtung des Bauchfells der so behandelten Tiere feststellen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage von der Todesursache bei ausgedehnten Hautverbrennungen, von F. F. Kijanizyn. (*Wratsch.* 1891. No. 16.) Verfasser ist es gelungen, nach gröfseren Verbrennungen im Blute, einigen inneren Organen und im Harn der Versuchstiere einen giftigen Körper nachzuweisen, der am besten nach der Brieger'schen Methode gewonnen wird. Das gefundene Ptomain ist ein amorpher Körper von gelblichem oder gelblich-bräunlicher Farbe, besitzt einen stechenden, unangenehmen Geruch, ist in Wasser und Alkohol leicht, in Chloroform und Benzin schwer löslich, in Äther unlöslich. Mäfsige Lösungen, subkutan appliziert, bewirken bei Tieren Apathie, Somnolenz, Durchfälle, (zuweilen blutiges) Erbrechen, Temperaturerniedrigung. Verfasser erklärt die schweren Erscheinungen nach ausgedehnter Verbrennung durch dieses Gift, die Affektionen der Nieren und anderer parenchymatöser Organe durch Thrombenbildung und folgende degenerative Veränderungen. — Man darf auf die ausführliche Arbeit nach dieser vorläufigen Mitteilung wohl gespannt sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Liniment gegen Schrunden der Brustwarzen.

Bals. Peruv.		Jedesmal nach dem Saugen auf die Brustwarze zu pinseln.
Tinct. Arnic.	ää 2,0	
Ol. amygd. dul.	30,0	
Aq. Calcis.	15,0	

(*L'Union méd.* 1891. No. 94.) *Jessner Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster bei Kindern, von Comby. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 735.) Nach Combys Beobachtung ist die Gürtelrose bei Kindern nicht schmerzhaft; sie kommt bei Mädchen viel häufiger als bei Knaben vor, sitzt öfters links als rechts, ist im Winter seltener als im Sommer und ist prognostisch durchaus günstig.

Türkheim-Hamburg.

Herpes zoster im Gebiete des Nervus radialis bei Masern, von E. Adenot. (*Revue de méd.* 1891. 7.) Nach Schwund des Masern-Exanthems traten heftige Schmerzen in der rechten Brustseite auf, ausstrahlend nach dem rechten Schultergelenk, dem Vorderarme, besonders an der äufseren und unteren Seite; im Daumen und Zeigefinger Prickeln, Parese der oberen Extremität. Vier bis fünf Tage darauf auf der Rückenfläche des Zeigefingers und des Daumens Gruppen von Herpesbläschen, mit Parästhesien einhergehend; die Bläschen trockneten bald ein, die Schmerzen schwanden allmählich. — Der Schmerz war mehr an den Nervus circumflexus, der Herpes an den Nervus radialis gebunden; die Schmerzen im Schultergelenk rühren davon her, dafs vom Nervus axillaris Zweige für die vordere Partie des Gelenks abgehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung des Herpes zoster, von George K. Smith. (*Med. Rec.* No. 39. S. 15—91.) Verfasser liefs dicht an der Austrittsstelle der betreffenden Nerven bei Herpes zoster Schröpfköpfe aufsetzen unter Schonung der entzündeten Haut. Während der Blutentziehung, die 60,0 Blut betrug, blafste die Hautröte ab und schwand der Schmerz. Patient war in einigen Tagen arbeitsfähig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Herpes vacciniformis, von FOURNIER. (*Gazette des hôpit.* 1891.) FOURNIER beschreibt eine seltene Affektion am Anus, Vulva, Scrotum und Umgebung in Gestalt kleiner herpesartiger Vaccinepusteln, am sechsten Tage am meisten ähnelnden Bläschen, die ulcerieren und zu roten, geschwürigen, nässenden Papeln führen, welche an syphilitische erinnern. Die Affektion tritt stürmisch mit Schmerz, Unwohlsein, aber ohne Fieber auf und dauert mit Nachschüben mehrere Wochen bis Monate. Meistens bei sonst gesunden, 2—4 Monate alten Kindern im Geleite von Diarrhoen auftretend, beruhen sie wahrscheinlich auf Infektion vom Darmtractus. Differentialdiagnostisch ist das papulöse Syphilid zu berücksichtigen. Therapie: Waschungen mit Borsäure, Puder, Jodoform. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen Herpes der Genitalien wendet BESNIER an:

Acid. tanni pulv.	5,0
Bismuth. solut.	1,0
Amyl.	100,0.

Die Genitalien werden mit sehr verdünntem Karbolwasser gewaschen und eingepudert; sind Ulzerationen vorhanden, dann sind adstringierende Verbände, ist die Haut zu trocken, dann ist Vaseline am Platze. (*L'Union médical.* 1891. No. 50.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen Prurigo empfehlen HILLAIRET und GAUCHET:

Acid. carbol. crystallisat. 2,0

1. *Alkohol*	10,0	2. *Hydrarg. chlorat.*	3,0
Glycerin	20,0	*Alkohol*	20,0
Aq. dest.	200,0	*Aq. dest.*	30,0.

Auch Sublimat und Essigsäure ist zu Waschungen geeignet. (*L'Union médical.* 1891. No. 67.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Pemphigus-Ätiologie, von STRELITZ. (*Archiv f. Kinderheilk.* XV. Bd.) Der Verfasser hat früher (*dasselbe Archiv.* XI. Bd.) über den Befund eines weifsen und eines gelben Coccus in dem Inhalt der Blasen bei Pemphigus neonatorum berichtet, die er vom Staphylococcus aureus und albus nicht abgrenzen konnte. Impfversuche an Tieren fielen damals negativ aus. ALMQUIST hat den Befund bestätigt und an sich selbst durch Impfung Pemphigusblasen erzeugt. STRELITZ hat die Untersuchung wieder aufgenommen und wiederum denselben bakteriologischen Befund bei Fällen von Pemphigus neonatorum konstatieren können. Impfungen, die er an sich selbst und einem jungen Mediziner vornahm, ergaben nach 30 Stunden regelrechte Pemphigusblasen, denen noch 4 Wochen lang neue folgten. Aus diesen Blasen gewann der Verfasser immer wieder dieselben Reinkulturen. Verfasser bezeichnet diese Kokken als die Urheber des Pemphigus acutus contagiosus neonatorum.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Pemphigus der Conjunctiva, von W. A. BRAILEY. (*Guys Hospital Reports.* Edited by N. Davies Colley and W. Hale-White. Vol. XLVIII. London.) Der bei dem Patienten seit fast 10 Jahren bestehende Pemphigus soll an der Conjuntiva begonnen haben. Die Bindehaut ist beiderseits narbig geschrumpft; es besteht Trichiasis. Patient führt das Leiden auf den Genufs roher Äpfel zurück; ein Zusammenhang zwischen Diät und neuen Pemphiguseruptionen ist nachweisbar.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Pemphigus der Bindehaut, von FUCHS. (Gesellschaft der Ärzte in Wien. 9. Dezember 1892. *Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Der Patient litt seit 1877 zuerst an dem Auftreten von Bläschen an der Gingiva, was schliefslich zu einer Verwachsung zwischen Zahnfleisch und Wangenschleimhaut führte. 1881 die ersten

Bläschen unter heftigem Fieber an verschiedenen Körperstellen, welche nach einer Badekur schwanden. Zur Zeit kleine Borken zerstreut sichtbar als Folgen eingetrockneter Pemphigusblasen. 1882 zuerst Bläschen an der Conjunctiva, die platzten und eine Geschwürsfläche hinterliefsen; seitdem häufig Recidive an beiden Augen, Herabsetzung des Sehvermögens, enorme Schrumpfung des Bindegewebes. Dasselbe ist derb, trocken, von Epithel überzogen, das der Epidermis ähnelt. Die Cornea trübe, uneben, trocken. Prognose schlecht, da Verwachsung der Lider mit dem Bulbus nicht zu verhüten ist. Prof. KAPOSI bemerkt, dafs er unter 300 Pemphigusfällen trotz 4—8jähriger Beobachtung niemals solche Schrumpfung der Mundschleimhaut gesehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über einige Veränderungen des Leprabacillus nach Behandlung mit Chaulmoogra-Öl, von ORO MARIO. (*Gazz. delle Cliniche.* No. 13. 1892.) Ein Patient mit Lepra tuberosa et anaesthetica, bei dem alle anderen therapeutischen Eingriffe ohne jede Wirkung geblieben waren, erhielt schliefslich Oleum chaulmoograe (gynocardiae), bis 160 Tropfen pro die. Die Kur mufste zwar einige Zeit wegen Intoleranzerscheinungen (Auftreten eines Erythema nodosum und makulös-hämorrhagischen Erythems) unterbrochen werden, übte aber andererseits auf die leprösen Erscheinungen einen erstaunlich günstigen Einfluſs aus, indem die Efflorescenzen zum Teil vollständig schwanden, zum Teil sich merklich zurückbildeten. Im Verlaufe der Behandlung wurde das aus verschiedenen Efflorescenzen entnommene Blut mikroskopisch untersucht. Während nun die ersten Nachforschungen zahlreiche charakteristische Lepra-Bacillen entdecken liefsen, gelang dies später trotz eifrigsten Suchens nicht mehr; die Bacillen waren jetzt durch in Zoogloeamassen enthaltenen feinkörnige Bildungen ersetzt. Diese Resultate, verbunden mit dem klinischen Befunde, führen Verfasser zur Annahme, dafs wir im Oleum chaulmoograe ein Specificum gegen Lepra besitzen, und weist er dabei auf die diesbezüglichen Mitteilungen von VIDAL, MARÇON, BRUNO-CHAVES, ZURIAGA, LELOIR, LUTZ u. a. hin. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Leprabacillen im Schnitt demonstrierte UNNA im ärztlichen Verein zu Hamburg (den 12. Mai 1891), die durch Jodbehandlung distinkt braun gefärbt sind. Der ganze Schnitt ist mit alkalischer Methylenblaulösung schwach gefärbt, dann in eine starke Jodlösung gebracht und mit Kreosollösung entfärbt, welche die braune Farbe den Bacillen nicht nimmt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Behandlung der Lepra, von J. CARREAU (Pointe-à-Pitre, Buchdruckerei des *Courier de la Guadeloupe*). — Verfasser erwähnt einen von BRASSAC im Dictionnaire von DECHAMBRE mitgeteilten Fall von auffallend rascher Resorption der Knoten bei einem Leprösen Brasiliens, welcher von einer Klapperschlange gebissen worden war (und nach 24 Stunden starb). Da nun der Symptomenkomplex, der sich nach Schlangenbifs einstellt, die Erscheinungen einer Methämoglobinurie (auf welche im genannten Fall die Resorption der Knoten gefolgt war) darbietet, die Einführung von Schlangengift in den Organismus behufs Erzielung eines therapeutischen Effektes jedoch zu gefahrvoll wäre, kam Verfasser auf den Gedanken, an Stelle dieses Giftes einen chemischen Körper zu wählen, welcher ebenfalls Methämoglobinämie zu erzeugen vermag. Als solches ist längst das Kalium chloricum bekannt. Als Versuchsobjekt diente ein 30jähriger Patient aus Guadeloupe mit hochgradig entwickelter Lepra tuberosa, welcher lange Zeit erfolglos mit allen möglichen Medikamenten be-

handelt worden war. Diesem wurden nun in drei kurz nacheinander folgenden Dosen 45 Gramm dieses Salzes einverleibt, was eine schwere Intoxikation zur Folge hatte. Quoad lepram war jedoch das Resultat ein überraschend günstiges, indem sich die Tubera rasch und bedeutend abflachten, während der Kranke sich zugleich allmählich von seiner Intoxikation erholte. Verfasser glaubt nun, dafs durch die Bildung von Methämoglobin im Blute ein für die Leprabacillen ungünstiger Boden geschaffen wurde. Mit Hinweis auf eine von UNNA mitgeteilte Heilung eines Falles von Lepra, welche unter anderen Medikamenten auch mit Pyrogallol behandelt worden war, fragt es sich, ob nicht dieses letztere, als vielleicht weniger gefährlich, an Stelle des Kalium chloricum treten könnte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Einige Punkte in der Anatomie der Lepra, von BEAVEN RAKE. (*Guys Hospital Reports,* edited by N. Davies-Colley and W. Hale-White. Vol. XLVIII. London.) Verfasser giebt einen Bericht über die Sektion von 109 Leprösen in Trinidad, von denen 36 der Knotenform, 42 der anästhetischen, 31 der gemischten angehören. Lebensdauer für Lepra tuberosa durchschnittlich 6,4, für Lepra anaesthetica 10,8 und für Lepra mixta 9,5 Jahre. Die häufigsten Komplikationen sind Nierenleiden und Tuberkulose. Die ersteren, in 32% der Fälle vorhanden, hatten nichts Specifisches. Betreffs der Lungentuberkulose, die in 30% der Fälle sich fand ist der Verfasser im Zweifel, ob es sich wirklich um eine Tuberkulose oder eine Leprose handelt, da er annimmt, dafs bei der grofsen Ähnlichkeit des Tuberkel- und Leprabacillus die Frage schwer zu entscheiden ist.

Der Verfasser neigt mehr dazu, die Lungenaffektion als leprös anzusehen. (Sollte die mikroskopische Untersuchung da keine Unterschiede ergeben?) — Leprabacillen fand er nur in 150 Fällen von 531, jedoch giebt er selbst zu, dafs die Untersuchung eine mangelhafte war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Besuch im Leprahospital bei Drontheim (Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztlichen Kreisvereins Büdingen zu Nidda am 21. November 1892), von FRITZ KUNZE. (*Allgem. med. Central-Ztg.* 1893. No. 6.) Das Leprahospital bei Drontheim liegt eine halbe Stunde von der Stadt entfernt, ganz isoliert auf einem hügeligen Hochplateau und ist sehr zweckentsprechend eingerichtet. Die Anzahl der Kranken beträgt 200—300, und zwar überwiegt kein Geschlecht. Die Kranken stehen meistens im besten Lebensalter und sind zum Teil schon bis 25 Jahre dá; in dem letzten Jahrzehnt scheinen weniger hinzugekommen zu sein als früher. Das allgemeine Aussehen der Kranken ist ein sehr leidendes; Gesicht, Hände und Füfse fallen sofort als sehr afficiert auf. Das Gesicht war bei manchen in furchtbarster Weise entstellt: Narben, Geschwüre, Knoten sah man nebeneinander. — Die Augen waren besonders ergriffen und wiesen wohl in 20% aller Leprösen tiefe Zerstörungen auf. In den schlimmsten Fällen waren die Lider gerötet, geschwollen, die Cornea in eine Granulationsmasse umgewandelt; vollkommene Erblindung war die Folge. — Finger und Hände waren wohl in 50—60% von der Lepra befallen; Knoten, Geschwüre, Verstümmelungen konnte man finden. Bemerkenswert ist eine bedeutende Anschwellung der dem Hauptsitze der Erkrankung entsprechenden Lymphdrüsen. Gleich intensiv und schrecklich stellte sich das Leiden an den unteren Extremitäten dar. Mancherlei Erscheinungen deuten auf eine Beteiligung der Schleimhäute und der inneren Organe.

Der Vortragende verliefs das Asyl mit der Überzeugung, dafs in demselben die unglücklichen Leidenden in einer der Humanität entsprechenden Weise ein zweckentsprechendes Unterkommen finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Aussätzigen in Konstantinopel, von ABEL. (Greifswalder ärztlicher Verein. 23. Juli 1892. nach *Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) Im Orient werden die

Leprösen, wenn eine Räucherkur (Feuer aus Sägespänen, Mehl, Schwefel, Zinnober) nichts hilft, in Asyle gebracht, während die Syphilitischen frei umherlaufen. Der Vortragende schildert ein solches Asyl in Skutari: elende kleine Wohnungen ohne Licht und Luft, in denen die Leprösen in den kümmerlichsten Verhältnissen mit ihren gesunden Angehörigen leben. Nur die Frauen dürfen ihre Männer nicht in die Asyle mitnehmen, sondern werden dort an lepröse Männer verheiratet. Oberaufsicht führt der Imam; selbst gesund, ist er Richter, Priester etc. Häufig kommt Besuch hin, der wochenlang bleibt. — Mehrere hundert Lepröse, meistens jüdische, leben in Konstantinopel und entziehen sich der Kontrolle. Eine Infektion von Besuchern des Asyls ist niemals beobachtet, alle Leprösen in Konstantinopel stammen aus Lepragegenden oder Leprafamilien. Im Gegensatz dazu sind auf den Sandwichsinseln häufig Infektionen von Missionären beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen einer Form abgeschwächter Lepra bei den pyrenäischen „Scheinheiligen", von LAJARD und REGNAULT. (*Progrès médical* 1892. No. 46. 49. 50. 51.) Die Verfasser haben unter gewissen Bevölkerungsklassen (cagots) der Pyrenäen eine Erkrankung vorgefunden, deren Symptomenkomplex sich zusammensetzt aus Alopecie, Hypertrophie der Nägel, öfters wiederkehrenden Panaritien und weifslicher Hautverfärbung. Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen sie zu dem Schlusse, dafs die Affektion als eine abgeschwächte Lepra (weifse Lepra der alten Autoren) aufzufassen sei. Eine Hauptstütze für ihre Ansicht finden sie in dem häufigen Vorkommen chronischer, recidivierender panaritienähnlicher Nagelbetterkrankungen (mal blanc), die sich zuweilen zu wahren ulcerösen Panaritien steigern. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

b. *Tuberkulose.*

Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberkulöser, von PIZZINI. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. XXI. No. 329.) Verfasser brachte Lymphdrüsen von Menschen, die an akuten Krankheiten oder Unglücksfällen gestorben waren, aber keine Spuren von Tuberkulose zeigten, Meerschweinchen in die Peritonealhöhle. 42% dieser wurden tuberkulös; am häufigsten diejenigen, bei denen Bronchialdrüsen verwendet waren. Es müssen also diese Drüsen tuberkelfreier Individuen Tuberkelbacillen beherbergt haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Haut- und Schleimhauttuberkulose, von DOUTRELEPONT. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 46.) Niemand wird heute mehr leugnen, dafs Lupus und Tuberkulose identisch sind, und doch ruft der Tuberkelbacillus, wenn schon der Lupus für sich in seiner Entwickelung die verschiedensten klinischen Bilder darbieten kann, aufserdem in der Haut noch eine Menge anderer Erscheinungen hervor, welche von dem Lupus klinisch ganz verschieden sind, von tief zerstörenden Geschwüren bis zu Neubildungen in Form von Tumoren. Gewöhnlich werden drei Hauptformen, in welchen die Hauttuberkulose auftreten kann, unterschieden: die eigentliche, schon länger erkannte Tuberkulosis cutis, der Lupus vulgaris und das Skrophuloderma. Von allen diesen Formen beschreibt D. eine Reihe von Beispielen, so einen Lupus papillaris der Haut des Anus, mehrere Fälle von eigentlicher Tuberculosis cutis, einen Fall von tuberkulösem Geschwür der Schleimhaut des Oberkiefers, welches nach Zahnextraktion sich entwickelte, drei Fälle von tuberkulösen Geschwüren, welche nicht mehr die deutlichen Charaktere der Miliartuberkulose aufweisen und wohl als Übergangsform zwischen Tuberculosis cutis und lupöser Ulcera resp. Lupus betrachtet werden können. Tuberkulose des Gaumens ohne Lupus der Haut hat er verhältnismäfsig nicht selten beobachtet. Tuberkulöse Geschwüre können auch an den Extre-

mitäten vorkommen, ohne dafs sie wie bei Skrophuloderma charakteristische Zeichen aufweisen, und können als gewöhnliche Ulcera cruris angesehen werden. Zum Schlufs fügt er drei Fälle von Tuberculosis cutis hinzu, welche als umschriebene Tumoren der Haut erschienen und deshalb einige Schwierigkeiten bei der Diagnose boten.

L. Hoffmann-Berlin.

Der Lupus und seine Behandlung, von V. L. Simon (Paris, Baillere et Fils). Der Gegenstand wird vom rein homöopathischen Standpunkte aus behandelt. Nach einer einleitenden Lobrede des Systems wird der Leser mit des Verfassers Ansicht über die Pathologie des Lupus bekannt gemacht. Er kennt zwei Arten dieser Affektion: eine benigne, wobei der Prozefs die makulöse, exfoliative oder tuberkulöse Phase nicht überschreitet, und eine maligne, mit Ausgang in Ulzeration und Substanzverlust. Mit der Ätiologie des Lupus, darüber ist sich Verfasser völlig klar, hat der Tuberkulose-Bacillus absolut nichts zu schaffen. Folgt dann der ganze Trofs homöopathischer „Specifica" mit ihren speciellen Indikationen und Dosierungen (selbstverständlich in Verdünnungen ad infinitum). Bei der Besprechung der einzelnen therapeuthischen Methoden nimmt natürlich die homöopathische den gröfsten Raum ein. Als fernere werden angeführt: die thermische; die Kochsche (Tuberkulin), welcher der einzige Vorwurf gemacht wird, dafs sie in zu hohen Dosen zur Anwendung komme; die elektrolytische und, in allem Ernste, die — Kneippsche (!); was die chirurgische anbelangt, so wird ihr allergnädigst die Rolle einer Hülfsprocedur zugestanden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Der Lupus bei alten Leuten, von Dezwarte. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 586.) Diese Thèse de Lille enthält die bekannten Leloirschen Anschauungen. Nach einer Übersicht über die Veränderungen, die der anatomische Bau der Haut im Alter erfährt, kommt Verfasser auf die Formen zu sprechen, die der Lupus bei alten Leuten anzunehmen pflegt. Gewöhnlich zerfällt er nicht, bleibt flach, mit kleinen, in der Haut liegenden Lupomen. Er neigt zur Sklerosierung und giebt im ganzen eine günstige Prognose. Die Gefahr der Umwandlung in einen Krebs ist gering, in 312 Fällen nur 7 mal beobachtet. — Schwierigkeit bereitet bisweilen die Differentialdiagnose zwischen Lupus vulgaris erythematoides und Lupus erythematosus.

Türkheim-Hamburg.

Einen Fall von Rhinoplastik nach Lupus demonstriert Weinlechner in der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien, den 2. Dezember 1892. Bei einem 25 Jahre alten Diener bestand nach Lupus aufser Narben an beiden Wangen ein Defekt des knorpeligen Teiles der Nase. Das unpaare Nasenloch war für den kleinen Finger passierbar; in der Tiefe von $2^1/_2$ cm waren der Rest des Septum und die Rudimente der unteren und mittleren Nasenmuscheln sichtbar. Rhinoplastik mit gutem Erfolg.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Tuberkulose des Zahnfleisches, von Dr. Hajek. (*Intern. klin. Rundsch.* August 1892.) Lupus des Zahnfleisches, meistens ausgehend von der Lippenschleimhaut, ist nicht selten, besonders bei sonst gesunden blühenden Personen. Im Gegensatz dazu findet man die eigentliche Tuberkulose am Zahnfleisch nur bei heruntergekommenen, an Lungen- und Kehlkopftuberkulose leidenden Personen. Auch das vom Verfasser beobachtete junge Mädchen, welches entsprechend den linksseitigen unteren Schneidezähnen, dem Eckzahn und ersten Backenzahn eine graue, schmutzige Geschwürsfläche zeigte, litt an Tuberculosis pulmonum et laryngis und hatte ein tuberkulöses Geschwür am harten Gaumen. In dem Sekret des Zahnfleischgeschwürs konnten viele Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen zu dem Referate des Herrn Prof. Dr. KRASKE über meine Arbeit „Die Uebertragung der Tuberkulose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs" von KARL SCHUCHART. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1892. No. 42.) Verfasser betont gegenüber den von KRASKE in einem Referate geäufserten Bedenken, dafs es tuberkulöse Haut- und Schleimhautkatarrhe giebt, die heilen ohne Narben. Solche finden wir als Ursache tuberkulöser resp. skrophulöser Lymphdrüsenschwellungen, und RICHARD VON VOLKMANN hat gezeigt, dafs eine Tuberkulose kubitaler Lymphdrüsen die Folge eines Ekzems am Vorderarme war, bei dem in den Schuppen Tuberkelbacillen gefunden wurden. Es braucht also der Eintrittsort der Tuberkulose kein Geschwür zu sein. — Zweitens schützt sich SCH. gegen die Vermutung, dafs er Smegmabacillen im gonorrhoischen Eiter für Tuberkelbacillen gehalten habe. Allerdings fehlt das Züchtungsverfahren, das zur sicheren Differenzierung nötig ist. SCH. fafst den Tuberkelbacillus im gonorrhoischen Eiter meistens als „harmlose Schmarotzer" auf, die aber unter irgend welchen günstigen Bedingungen ihre verderbliche Wirkung im Körper entfalten. Er betrachtet das Auftreten der Urogenitaltuberkulose nach Gonorrhoe als klinisch erwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der kantharidinsauren Natrontherapie, von SCHULZE. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 48.) Das Resumé, welches Verfasser aus seinen an GERBERS Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten in Königsberg angestellten Versuchen zieht, ist, dafs eine Beeinflussung von tuberkulösen oder lupösen Prozessen nicht konstatiert werden konnte. Die Injektionen mit dem Kaliumsalz sollen noch schmerzhafter als die mit dem Natron sein. Verfasser wendet die Methode daher nicht mehr an. *F. Hahn-Bremen.*

Laryngo-rhinologische Mitteilungen, von M. HAJEK. (*Intern. klin. Rundsch.* 1892. No. 40.) Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut tritt unter zwei verschiedenen Formen auf: Erstens — unter acht von H. beobachteten Fällen sieben mal — als tuberkulöse Geschwulst, ausgehend vom kartilaginösen Teil des Septum und dieses durchwuchernd, scheinbar primär. Jedoch konnte H. in fünf von den sieben Fällen Zeichen tuberkulöser Veränderungen an anderen Körperteilen nachweisen. — Zweitens können sich flache, granulationsarme Geschwüre am Septum, im Vestibulum der Nase und am vorderen Ende der unteren Nasenmuschel bilden, stets als Folge bestehender Lungentuberkulose. Eine tuberkulöse Infiltration als dritte Form anzunehmen, wie HAHN, hält H. nicht für angebracht, da diese nur das erste Stadium der tuberkulösen Granulationsgeschwulst bildet. — In den Geschwüren der zweiten Form sind am Rande nicht selten miliare Tuberkel zu sehen. — Bei der ersten Form findet ein Übergreifen auf das vordere Muschelende und das Vestibulum erst sehr spät statt; beginnen sah H. das Leiden an diesen Stellen höchstens als Recidiv nach Heilung des Herdes am knorpeligen Teil. Die Zerstörung des Septum und, bei weiterem Fortschreiten, des Knochens geschieht nicht wie bei der Syphilis durch Nekrose ganzer Stücke, sondern durch sehr allmähliche Substitution durch Granulationsgewebe. In zwei Fällen hat H. eine Beteiligung der Lamina perpendicularis des Siebbeins gesehen; in einem von diesen kam es zur Bildung einer Sattelnase, wie sie sonst als charakteristisch für Syphilis gilt. Die Diagnose der tuberkulösen Granulationsgeschwulst ist nicht leicht; Syphilis, Nasensteine, Neoplasmen müssen ausgeschlossen werden. Bestehender Lupus, skrophulöse Veränderungen erleichtern die Diagnose, die mikroskopische Untersuchung ergiebt meistens wenig Charakteristisches; Riesenzellen sind spärlich, Tuberkel und Bacillen schwer nachweisbar. — Therapie: Auslöffelung und Behandlung mit Milchsäure; Recidive häufig; endgültiges Ergebnis gut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c. *Syphilis.*

Beiträge zur Geschichte der Syphilis, von Buret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, S. 551.) Buret, dem wir schon so manche Aufschlüsse über die Geschichte der Syphilis verdanken, erfreut uns durch zwei weitere Beiträge über die Syphilis in Herculanum und Pompeji und über syphilitische Theorien früherer Jahrhunderte.

Die erste Skizze gewährt einen Einblick in das ausschweifende geschlechtliche Leben in jenen beiden Städten zur Zeit ihres Untergangs, ein Leben, das der modernen Auffafsung von Sitte und Anstand völlig ins Gesicht schlägt, und führt zum Belege, dafs auch in Herculanum und Pompeji die Syphilis zu Hause war, zwei daselbst aufgefundene lateinische Inschriften an. Die erstere, die wegen ihres Inhalts den Moralisten und wegen eines Versfehlers den Philologen anstöfsig erscheinen wird, lautet:

Hic ego nunc futui formosam for*mae* puellam
Laudatam a multis; sed lutus intus erat.

Jeder, der die Ausführungen Burets dazu liest, wird in den Worten: sed lutus intus erat — doch innerlich war sie ein Misthaufen — den Beweis dafür anerkennen, dafs das in Frage stehende Mädchen syphilitisch war. — Dagegen scheint die Auslegung, die B. der zweiten, stark verstümmelten Inschrift giebt, doch recht gezwungen.

Die andere Skizze beschäftigt sich mit dem Nachweis, dafs man schon zur Zeit Ullrichs von Hutten, sowie im 17. und 18. Jahrhundert kleine Lebewesen für die Entstehung der Syphilis verantwortlich machte. Indessen scheinen sich die damaligen Vorstellungen doch durchaus nicht mit den modernen Anschauungen über Krankheitserreger, ihre Gröfse, ihre Natur und Wirkungsweise zu decken.

Türkheim-Hamburg.

Syphilis und gerichtliche Medizin, von Fournier. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892, S. 1207.) F. erörtert in dieser Abhandlung die Frage, ob der Arzt berechtigt sei, auf Grund eines einzigen Symptomes, das sich allerdings als Syphilis deuten läfst, in einem gerichtlichen Verfahren die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Als Beispiel wählt er einen Fall, in dem ein kleines Mädchen eine Ulzeration am After nebst obligater Drüsenschwellung aufwies. Ein Mann stand im Verdacht, das Kind genotzüchtigt und syphilisiert zu haben. Fournier entscheidet, dafs ein einzelnes Symptom zur Diagnose Syphilis niemals ausreichend sei, denn es giebt kein Symptom, das für sich allein pathognomonisch für Syphilis sei, und andererseits vermögen eine Menge anderer Krankheitszustände in dem oder jenem Symptom eine grofse Ähnlichkeit mit irgend einer syphilitischen Erscheinung aufzuweisen. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Kenntnis des sogenannten Skerlievo in Dalmatien, von B. Peričić. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 51 u. 52.) Unter der Krankheit Skerlievo, ein von einem Dorfe herstammender Name, bezeichnet man in Dalmatien Geschwürsbildungen, die wahrscheinlich als syphilitische anzusehen sind. Der Verfasser benutzte das zu Gebote stehende Krankenmaterial, um folgende Fragen zu prüfen:

1. Giebt es unter dem Namen Skerlievo eine besondere anderswo nicht vorkommende Krankheit?

2. Wenn unter Skerlievo Syphilis verstanden werden soll, kann man sagen, dafs diese sich bei uns durch besondere, einen speciellen Namen fordernde Erscheinungen auszeichnet?

3. Welche Hautkrankheiten aufser Syphilis werden bei uns unter dem Namen Skerlievo zusammengefafst?

Die erste Frage kann Verfasser sofort verneinen. Alle Fälle von Skerlievo stellten sich als Syphilis heraus, die in keiner Hinsicht von der gewöhnlichen abwich. Dafs bei der Indolenz des Volkes, der gar nicht oder erst sehr spät eingeleiteten

Behandlung, den socialen Verhältnissen der Leidenden schwerere Formen, tiefergehende Zerstörungen vorkommen, kann nicht Wunder nehmen. Auffallend war dem Verfasser die Seltenheit der Nervensyphilis.

(Das Auftreten der Nervensyphilis wird wohl parallel gehen der Inanspruchnahme und Reizbarkeit desselben, wird also häufiger sein bei civilisierten und leicht erregbaren Völkern, bei denen das Nervensystem ja einen Locus minoris resistentiae bietet. So dürfte es nach meiner Ansicht zu erklären sein, dafs bei den so lebhaften und erregbaren Franzosen, die ja auch für Hysterie, Hypnose etc. den besten Boden bieten, die Nervensyphilis so häufig ist. Die Fournier'sche Behandlung dürfte kaum dafür, wie es gewöhnlich geschieht, verantwortlich sein. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beratung und Beschlufsfassung über die Thesen der Kommission zur Vorbeugung der Syphilis etc. (*Berlin. med. Gesellschaft.* 20. Juli 1892. *Deutsch. Med.-Zeit.* 1892. No. 62.) Die ohne Änderung angenommenen Thesen lauten:

1. Die zur Zeit in Berlin bestehenden sanitären Einrichtungen und Mafsregeln zur Verhütung und Behandlung der venerischen Behandlung sind unzureichend.

A. In Bezug auf die gewerbsmäfsige Prostitution.

2. Die nach wie vor gebotene sittenpolizeiliche Untersuchung der gewerbsmäfsig Prostituierten bedarf einer Verbesserung und zwar sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als der Methode der Untersuchung:

a. Jede Prostituierte ist mindestens zweimal wöchentlich zu untersuchen.

b. Die Zahl der Untersuchungsstationen ist zu vermehren.

c. Die Untersuchung erfolgt nach Instruktion vom 29. Januar 1877 mit Zusatz vom 1. Juli 1887; es ist jedoch anzustreben, dafs in zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung des Urethral-, Vaginal- und Cervikalsekretes auf Gonokokken angeschlossen wird.

3. Jede geschlechtlich krank befundene Prostituierte ist der Charité, dem Krankenhause zu Rummelsburg oder sonst einem von der Behörde zu bestimmenden Krankenhause zu überweisen.

Für die Aufnahme gewerbsmäfsig Prostituierter in die genannten Krankenhäuser sind besondere Abteilungen einzurichten.

In gleicher Weise werden die aufgegriffenen und geschlechtlich krank befundenen Frauenspersonen behandelt.

B. In Bezug auf Geschlechtskranke, die nicht der gewerbsmäfsigen Prostitution angehören.

4. Für andere Geschlechtskranke aufser den gewerbsmäfsig Prostituierten ist in gröfserem Mafsstabe als bisher durch Behandlung in Hospitälern und Ambulatorien Sorge zu tragen:

a. Die Hospitalbehandlung dieser Kranken ist durch baldigste Errichtung von besonderen Stationen für Geschlechtskranke in den öffentlichen Krankenhäusern zu ermöglichen.

b. In Verbindung mit diesen Stationen sind Ambulatorien für Geschlechtskranke einzurichten.

5. Alle gesetzlichen und statutarischen Bestimmungen, wie solche z. B. im Krankenkassengesetz, der Gesindeordnung, der Seemannsordnung u. s. w. bestehen, welche Beschränkungen zu Ungunsten dieser Kranken eingeführt haben, sind im Interesse einer baldigen und gründlichen Behandlung derselben zu beseitigen. — In diesem Sinne ist speciell auf die Vorstände der Krankenkassen einzuwirken.

6. Die Wiedereinführung von Bordellen in Berlin ist weder vom hygienischen noch vom moralischen Standpunkt zu empfehlen.

7. Die Einführung einer einheitlichen Statistik in Bezug auf die venerischen Krankheiten für Sanitätspolizei, Krankenhäuser, Krankenkassen und Polikliniken ist dringend erforderlich.

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dafs ein Antrag KÖBNER, eine These 8 anzufügen: „Die Infektionsquellen der venerischen Krankheiten sind von dem behandelnden Arzte behufs Ermittelung der geheimen Prostitution zu eruieren und thunlichst den polizeilichen Organen mitzuteilen", abgelehnt wurde.

(Der Standpunkt des Referenten gegenüber der These betreffend die Bordellfrage ist aus den Artikeln „Zur Prostitutionsfrage" No. 11. Bd. XV dieser Ztschr. ersichtlich. Die Ablehnung des Antrages KÖBNER beweist eine vollkommene Verkennung der Schädlichkeiten der geheimen Prostitution, der nachzuspüren eine Hauptaufgabe der Syphilisprophylaxe ist. So manche Kellnerin und Schneiderin verdiente eher unter Kontrolle zu stehen, als viele öffentliche Prostituierte. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Statistik der extragenitalen Schanker, die vom 1. Februar 1890 bis 1. November 1891 auf der FOURNIERschen Klinik zur Beobachtung kamen, von H. FEULARD. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 805.) Im ganzen kamen in dem genannten Zeitraume bei 75 Personen 86 extragenitale Schanker zur Beobachtung. Von diesen safsen 68 am Kopfe. Die übrigen verteilten sich auf den übrigen Körper. Die Fälle betrafen 48 Männer, 24 Frauen und 3 Kinder. In allen Fällen handelte es sich um Syphilis. *Türkheim-Hamburg.*

Zu welcher Zeit der syphilitischen Erkrankung soll deren allgemeine Behandlung beginnen? Von HAVAS. XXVI. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher zu Kronstadt (Brassó) den 22.—25. August 1892. (*Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 44.) In 14 Fällen konnte H. durch Excision der Sklerose (einmal wurde zwölf Stunden, einmal zwei Tage nach der Infektion die verdächtige Erosion excidiert) niemals die Sekundärerscheinungen verhüten oder milder gestalten, er ist deshalb ein Gegner der Abortivbehandlung und auch der Präventivkur. Die Merkurialisation schützt nicht vor Syphilis, stört das Nervensystem, verursacht Neurasthenie etc. Aus der Sklerose allein ist die Syphilis nicht zu diagnostizieren, denn ein Schanker ist nicht syphilitisch, weil er hart ist, sondern sklerotisch, weil er syphilitisch ist. — SCHWIMMER teilt die Ansicht nicht; je früher die Syphilis behandelt wird, desto leichter ist ihre Bekämpfung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wann soll man die specifische Behandlung beginnen? Vortrag von DUBOIS-HAVENITH. (*La Policlinique.* 1893. No. 1.) D. vertritt, im Gegensatze zu BESNIER, die Ansicht KAPOSIS und zahlreicher anderer, dafs man die antiluetische Therapie nicht bereits im Stadium des Primäraffektes (das zudem oft sehr schwierig zu diagnosticieren ist) einsetzen, sondern warten soll, bis sich das sekundäre Exanthem in voller Entwickelung befindet. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von R. PAULY. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892, S. 690.) Der jetzt 38jährige Arbeiter hatte 1877 einen Schanker, der das Frenulum völlig zerstörte, daneben indolente Bubonen, aufserdem einen Schanker an der Unterlippe. Krankenhausbehandlung vom 16. Nov. 1877 bis 2. Mai 1878 mit Quecksilber und Jodkalium. Später erschienen mehrere Plaques im Mund und am After; Ausfallen der Haare auch an den Achseln, den Pubes und den Beinen. In den letzten 8 Jahren war Patient völlig gesund. Er erkrankte erst wieder im Januar 1892 mit zahlreichen Plaques im Mund und an den Lippen. Es handelte sich dabei um lauter frische Plaques, die auf eine Syphilis von höchstens erst sechsmonatlicher Dauer hin-

wiesen. Auch am Skrotum und am After fanden sich nicht mifszudeutende Plaques und am Hals ein typisches Pigment-Syphilid. Sämtliche Drüsen geschwollen, besonders die linke Submaxillaris. Es hatten im September 1891 auf der linken Wange zwei harte Schanker bestanden.

Pauly hält diesen Fall für beweisend, um so mehr, als eine nachträgliche Anfrage bei den Ärzten, die den Patienten 1877 behandelt hatten, auch für die damalige Erkrankung Syphilis feststellte. *Türkheim-Hamburg.*

Die Ätiologie der tertiären Syphilis, von E. Lesser. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1893. No. 2.) Der Vortrag bildet eine Zusammenfassung der von den hervorragendsten Syphilidologen in dieser Frage geäufserten Ansichten. L. neigt zur Hypothese Lancs, wonach die tertiären Eruptionen auf einem Zurückbleiben von Krankheitskeimen aus dem sekundären Stadium beruhen. Jene tertiäre Periode fällt um so schwerer aus, resp. tritt um so sicherer ein, je geringer die Intensität der Behandlung in der sekundären war (Statistik von Haslund), sei es, dafs diese Behandlung von zu kurzer Dauer war oder dafs die Krankheitsymptome wegen ihrer geringen Ausgesprochenheit übersehen wurden. Verschiedene Thatsachen machen auch diese Ansicht wahrscheinlich, so das lokale Recidivieren der tertiären Efflorescenzen, ihr Auftreten nach bestimmten lokalen Veranlassungen (Traumen). Was nun die zuweilen sehr lange Latenzperiode zwischen sekundärer und tertiärer Periode anbelangt, so findet diese ihre teilweise Erklärung in der verschiedenen Vererbungsfähigkeit der Syphilis bei den beiden Geschlechtern, in dem Sinne, dafs sie beim Weibe das sekundäre Stadium weit überdauert, beim Manne aber viel früher erlischt. Diese Thatsache ist ihrerseits eine Folge des verschiedenartigen Verhaltens der Generationsdrüsen bei beiden Geschlechtern, indem sich im Ovarium alle Eizellen frühzeitig ausgebildet vorfinden, die Spermazellen hingegen einer fortwährenden Vernichtung und Neubildung unterworfen sind.

Für die Therapie ist ein von Finger geäufserter Satz mafsgebend, nämlich, dafs bei der Syphilis zu unterscheiden sei zwischen der Wirkung der specifischen Bacillen selbst — welche im sekundären Stadium zur Geltung kommen — und ihren Stoffwechselprodukten — welche die tertiäre Periode beherrschen —. Mit Fournier redet L. einer intermittierenden Quecksilberbehandlung während der ersten 3 Jahre nach der Infektion das Wort. *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Syphilis und Tuberkulose, von Elsenberg. (*Gazeta Lekarska,* 1892.) Syphilis und Tuberkulose üben aufeinander gegenseitig malignen Einflufs aus, kombinieren sich zu Krankheitsbildern, die sich in Form hartnäckiger Ulzerationen oft zusammen mit Phagedänismus äufsern. Auffallend ist die Schmerzlosigkeit mancher sonst sehr schmerzhafter syphilitischer Processe (Periostitis, Arthritis) bei bestehender Tuberkulose. Manche Autoren negieren die Kombinationsformen. Nach Auffindung des Syphiliskeims wird die Entscheidung leichter sein. Bei einem syphilitischen Phthisiker fand E. im Inhalt der Gummata zahlreiche Tuberkelbacillen, sowie Riesenzellen, ein Befund, der für das Vorhandensein von Mischformen spricht. Auch in ekthymatösen Ulzerationsherden, die der Heilung trotzten, sind Tuberkelbacillen gefunden worden. Es bilden also Syphilisprodukte einen guten Nährboden für Tuberkelbacillen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Männliche Sterilität infolge von Syphilis, von Alphons Hanč. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892. No. 49.) Im Gegensatz zu der besonders von Lewin aufgestellten Behauptung, dafs in den Hoden von sonst kräftigen, aber mit syphilitischer Dyskrasie behafteten Menschen in 50% die Spermatozoen fehlen, kommt H. auf Grund von zehn untersuchten Fällen zu dem Schlufs, dafs infolge von konstitutioneller Syphilis

Azoospermie überhaupt nicht oder nur ausnahmsweise auftritt. — Die zahlreichen Fälle hereditärer Lues lassen diesen Schluſs auch sehr berechtigt erscheinen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Versuche zur Erzielung eines milderen Verlaufes der Syphilis, Vortrag von C. Pellizzari. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1892. Fasc. III.) — Mit Hinweis auf seine früher geäuſserte Ansicht über die Quecksilberwirkung bei Syphilis (Ref. in dieser Zeitschrift, Bd. XIV, No. 5), sowie auf die letzten Publikationen von Tommasoli über seine antiluetische Blutserumtherapie entwickelt P. seine Theorie über das vorliegende Thema. Der Grundgedanke, von dem er dabei ausgeht, resumiert sich in dem Postulate: „Bekämpfung des syphilitischen Virus mit Hülfe der chemischen Produkte, die es erzeugt.“ Zwischen diesen beiden nämlich, dem Virus selbst und seinen toxischen Produkten, besteht ein gewisser Antagonismus. Mit Annahme eines solchen würden sich dann auch eine Reihe bisher unklar gebliebener klinischer Thatsachen erklären lassen, wie z. B. die folgenden: Die Immunität von Individuen, welche früher Syphilis durchgemacht hatten, gegen eine neue luetische Infektion; den Umstand, daſs öfters von syphilitischen Müttern gesunde und auſserdem gegen diese Krankheit immune Kinder geboren werden, und umgekehrt, daſs gesunde Mütter syphilitische Kinder erzeugen etc. In den beiden letzteren Fällen übernimmt nämlich die Placenta die Rolle eines Filters, durch den zwar die toxischen, immunisierenden Produkte, nicht aber morphologisch organische Körper (wie z. B. Pilze) zu passieren vermögen, normaler Zustand der Placenta während einer hinreichend langen Zeitdauer der Gravidität vorausgesetzt. Es würde sich also um eine Schutzimpfung handeln, wozu die toxischen Produkte des syphilitischen Virus das Material geliefert haben.

P. hat diese seine Ansicht auch in therapeutischer Richtung zu verwerten gesucht und an zahlreichen Syphilitikern der verschiedenen Stadien Injektionen vorgenommen mit Blutserum von Patienten ebenfalls der verschiedenen Perioden der Lues; doch wagt er vorläufig noch nicht, sich über das Resultat auszusprechen, indem die Methodik noch verschiedener Verbesserungen bedürfe.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Perioden eines verschärften Auftretens der Syphilis, von C. Pellizzari. (*Riforma medica.* 1892. No. 196/97.) Auf Grund von zum Teile eigenen statistischen Beobachtungen kommt P. zu dem Resultate, daſs 1. in den Perioden, welche eine Zunahme der syphilitischen Erkrankungen aufweisen, diese auch schwerer verlaufen, sei es, daſs es sich um eine verminderte individuelle Resistenz oder um eine relative Verschärfung des syphilitischen Virus, eventuell um das Zusammenwirken dieser beiden Faktoren handelt; 2. daſs die Influenza (soweit es das Beobachtungsmaterial des Verfassers betrifft) eine Gelegenheitsursache für die Rekrudescenz der Syphilis in der letzten Zeit gebildet hat. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Herzsyphilis, von Mariano Semmola. (*Intern. klin. Rundschau.* 1892. No. 41.) Die Cardiopathien älterer Syphilitiker beginnen mit scheinbar unbedeutenden funktionellen Symptomen, zu denen vor allem Arythmie, meistens begleitet von Tachycardie, zählt. Zuweilen besteht Behinderung der Respiration, niemals eine Andeutung eines Klappenfehlers. Die Arythmie, die sich zeitweise zum Delirium cordis steigert, ist charakterisiert dadurch, daſs sie auch bei gröſster körperlicher und geistiger Ruhe und selbst im Schlafe nicht aufhört. 27 Patienten hat S. von dieser Arythmie geheilt durch spezifische Kuren. Bei jeder hygienischen und pharmazeutischen Maſsregeln trotzenden persistierenden Arythmie des Herzens muſs eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet werden. Welche Veränderungen dieser Arythmie zu Grunde liegen, ist nicht zu bestimmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die durch Syphilis verursachten Nierenveränderungen, von Jacques Justus. (Gesellschaft der Ärzte in Budapest, den 29. Oktober 1892. *Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Zur Sicherstellung des kausalen Zusammenhanges der Nierenleidens mit der Syphilis müssen 1. die Nieren vor der Lues sicher gesund gewesen sein; 2. die Symptome des Nierenleidens im Einklang mit den übrigen Erscheinungen der Syphilis verlaufen; 3. die spezifischen Mittel, Quecksilber und Jod, das Nierenleiden heilen. Unter 1500 Sektionsprotokollen fand Verfasser 21 mal die Diagnose Syphilis, darunter 10 mal syphilitische Nephritis, und zwar 4 mal Amyloidniere, 3 mal Schrumpfniere, 3 mal gemischte Formen. — Man mufs Früh- und Spätformen unterscheiden. Auf der Abteilung des Professors Schwimmer fand J. bei drei Kranken bei der Aufnahme schon ein Nierenleiden, von denen zwei syphilitischer Natur waren. Während des Aufenthaltes trat bei 22 Fällen Albuminurie auf, darunter waren 15 Frühformen. Nur in einem Falle versagte die spezifische Therapie, es war wahrscheinlich eine merkurielle Nephritis.

Tommasoli unterscheidet bei den Frühformen zwei Typen: die Albuminuria syphilitica, kurz nach der Infektion auftretend, und die Glomerulonephritis syphilitica. Von letzterer Form sah Verfasser nur einen Fall.

Bei den Spätformen sind die postulierten Kriterien nicht immer vorhanden. In vier Fällen der Schwimmerschen Privatpraxis erbrachte die Therapie den Beweis. In einem fünften Falle wurde die Diagnose auf in Zerfall begriffene Nierengummata gestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitische und merkurielle Chloro-Anämie, von Stukovenkoff. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892, S. 924.) St. hat durch seinen Assistenten Jelenew an 20 Luetikern während des sekundären und des tertiären Stadiums, sowie während der Behandlung mit verschiedenen Hg-Präparaten 1256 Blutuntersuchungen vornehmen lassen. Die ausführliche Arbeit wird in russischer Sprache erscheinen, hier werden nur die Endergebnisse mitgeteilt. Darnach erfolgt mit dem Ausbruch der Syphilis fast immer eine Verminderung des Oxyhämoglobins und der Zahl der roten, dagegen eine Vermehrung der Zahl der weifsen Blutkörperchen. Die umgekehrte Erscheinung tritt ein, wenn dann die syphilitischen Symptome wieder zurückgehen oder wenn mit Quecksilber-Einspritzungen begonnen wurde. — Wegen der weiteren Einzelheiten der inhaltreichen Mitteilung sei auf das Original verwiesen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die diphtherieähnliche syphilitische Angina, von A. Rolin. (*Gazette médicale de Paris.* 18. Juli 1891.) In drei Fällen sah R. luetische Halsaffektionen durch Bildung von Pseudomembranen kompliziert. Unter Fieber entsteht Rötung und Schwellung, worauf sich in 48 Stunden weifse Membranen auf den Mandeln bildeten, die nach Tomhering mit Arg.-nitr.-Gurgelwasser (Borax 3% und Naphtol 0,02%) in 3, 7, 45 Tagen schwanden. Durch den lokalen Befund ist die Affektion nicht von der Diphtherie abzugrenzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Vaccine-Syphilis, von Kaposi. (*Intern. klin. Rundschau.* 1892. No. 17—20.) Die gelegentliche Übertragung von Syphilis durch die Impfung ist für das betreffende Kind, seine Angehörigen, den Arzt und die Frage des Wertes der Vaccination von Bedeutung, wenngleich dieselbe mit Leichtigkeit verhütet werden kann, indem man nur animale Lymphe benutzt. Die Kinder mit hereditärer oder acquirierter latenter Syphilis sind natürlich am leichtesten die Vermittler; wo manifeste luetische Erscheinungen vorhanden sind, dürfte eine Benutzung des Kindes als Stammimpfling wohl nicht stattfinden; sie wäre auch ein strafbarer Kunstfehler. Es kann auch Übertragung stattfinden von einem Stammimpfling, der selbst erst bei der Impfung

infiziert und natürlich bei der Kürze der Zeit (acht Tage) noch keine Aufserung der Syphilis zeigte. Man mufs annehmen, dafs die Impfpocke den luetischen Initialaffekt deckt. In gleicher Weise kann ja ein per coitum übertragener Schanker, bevor konstitutionelle Erscheinungen eingetreten sind, weiter infizieren. — Klare Lymphe enthält niemals den syphilitischen Infektionsstoff. — Es soll kein Stammimpfling benutzt werden, der weniger als vier Monate alt ist. — Selbstverständlich ist die gründliche Reinigung der Lancette nach jeder Impfung. — Für die gerichtsärztliche Beurteilung ist festzuhalten, dafs die Impfsyphilis stets zwischen der sechsten und zwölften Woche Allgemeinerscheinungen (Roseola etc.) macht; erheblich früher oder erheblich später auftretende Exantheme beweisen, dafs die Syphilis auf irgend eine andere Weise acquiriert ist. Entscheidend sind überhaupt nur allgemeine Symptome; örtliche am Sitze der Impfpusteln, wie Infiltration, Ulceration etc., beweisen gar nichts.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Im Verein für innere Medizin zu Berlin, Sitzung den 16. Mai 1892 (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) demonstriert G. Lewin drei Fälle mit **pustulösem Syphilid** und einen mit **Lichen syphiliticus**, der sich zum Teil zum pustulösen hinneigt. L. sieht im Durchschnitt unter 2—3000 Syphilitikern jährlich 1—2 mit pustulösem Syphilid; diese betreffen stets Fälle von galoppierender Syphilis ohne ausgebildete Sklerose. Man unterscheidet grofs- und kleinpustulöse Syphilide; die Angabe, dafs letztere eine schlechtere Prognose geben, acceptiert L. nicht. Die Diagnose des grofspustulösen Syphilides ist oft schwer, weil die Sklerose, die Polymorphie, die anderen Kriterien der Syphilis in Bezug auf Farbe, Konfiguration etc. fehlen. Allgemeinerscheinungen ermöglichen die Verwechselung mit Variola. Der Mangel vorausgehender klarer Blasen, vorhandene Papeln erleichtern die Diagnose zuweilen.

1. Fall: 31jähriger Steinsetzer, sklerose-ähnliche Erhebung und ein Ulcus molle am Präputium; 38,6; rote Flecke, Papeln, Pusteln, Ulcerationen, Rupia; auch an der hinteren Rachenwand eine Ulceration. Während der Behandlung mit subkutanen Sublimatinjektionen noch Weiterverbreitung.

2. Fall: 25jähriger Zimmermann, Phimose, darunter nach Operation ulceröse Glans penis ohne charakteristische Sklerose. Am Körper linsen- bis fünfpfennigstückgrofse rote Flecke, Pusteln, zum Teil mit central kraterförmigen Borken bedeckt; wallartige, gerötete Ränder.

3. Fall: 20jähriger Kaufmann, Gonorrhoe, Bubonen unter gastrischen Erscheinungen, an den Tonsillen und der Rachenwand gelbe Flecke, die zu sinuösen Geschwüren werden, am Körper Papeln, Pusteln etc. — Sklerose der Urethra nicht gefunden.

4. Fall: 22jähriger Schuhmacher, Sklerose im Sulcus retroglandularis, Roseola syphilitica, Lichen syphiliticus, der zum Teil zu Pusteln wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Lehre von der kongenitalen Syphilis, von Erlenmeyer. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1892. Heft 4.) Verfasser kommt zu folgenden Sätzen:

1. Spätformen kongenitaler Syphilis, die Syphilis hereditaria tarda der Autoren, kommen noch jenseits des zwölften Lebensjahres vor; mit anderen Worten, die Syphilis kann mehr als zwölf Jahre latent bleiben.

2. Als Reize, die im stande sind, eine latente kongenitale Syphilis manifest zu machen, gelten Pubertät, Traumen, fieberhafte Erkrankungen.

3. Das Collessche Gesetz hat keine absolute Gültigkeit. Die Mütter, die syphilitische Früchte gebären, können syphilitisch werden, sie müssen es aber nicht.

4. „Immun gegen Syphilis“ ist nicht identisch mit „syphilitisch“.

5. Das Kassowitzsche Gesetz hat keine absolute Gültigkeit. Später geborene Kinder können schwerer inficiert sein als früher geborene.

6. Die hereditäre Syphilis kann nach dem Geschlecht der Kinder wechseln.

7. Wenn auf ein kongenital-syphilitisches Kind ein syphilisfreies Kind anderen Geschlechts folgt, so ist damit nicht bewiesen, dafs die Vererbungsfähigkeit der väterlichen Syphilis erloschen ist.

8. Bei der Beurteilung kongenital-syphilitischer Verhältnisse müssen sämtliche Kinder in Rechnung gezogen werden.

9. Antisyphilitische Kuren der Eltern haben auf die späteren Kinder den besten Einfluſs.

10. Es giebt eine Form cerebraler Erkrankung mit halbseitiger Entwickelungshemmung und Konvulsionen bei Kindern, die meist auf kongenitaler Syphilis beruht.

11. Die sogenannte cerebrale Kinderlähmung beruht häufig auf kongenitaler Syphilis.

12. Angeborene Epilepsie mit oder ohne Idiotie beruht häufig auf kongenitaler Syphilis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über ein bisher nicht beschriebenes Symptom von hereditärer Syphilis, von Antonino Carini. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 1. 3. 4.) Die Diagnose der hereditären Syphilis in den ersten Lebenstagen ist meistens nicht leicht, da die Symptome erst später erscheinen oder undeutlich sind. Es wäre deshalb willkommen, wenn sich das vom Verfasser geschilderte Symptom als konstant oder wenigstens als sehr häufig bewährte. Es handelt sich um einen Singultus, der noch vor der Coryza in den ersten Stunden nach der Geburt auftritt und 10—20 Tage anhält, prompt auf Verabreichung von Jodkalium an die nährende Mutter und Liquor van Swieten an das kranke Kind schwindet. Neun hierher gehörige Fälle führt der Verfasser an. — Er betrachtet den Singultus als eine Äuſserung des Reizes, den das specifisch veränderte Blut syphilitischer Kinder auf die Centralorgane, speciell auf das bulbäre Centrum ausübt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Demonstration der Organe eines im Alter von 3½ Monaten unter den Erscheinungen eines schweren Icterus gestorbenen Kindes, von Hansemann. (Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin. 5. Januar 1893.) Die Leber ist granuliert und ikterisch, Milz auſserordentlich groſs durch Stauung und Wucherung der Pulpa, die Nieren anämisch und etwas ikterisch; in ihnen eine groſse Zahl kleiner Cysten in der Rindensubstanz. Zahlreiche Blutungsherde im Innern und auf der Körperoberfläche. Per exclusionem kommt H. zu der Ansicht, daſs Syphilis die Ursache des Leidens war, obgleich keine anderen Zeichen da waren. — In der Diskussion bestätigt Henoch, daſs Lues solch' ein Krankheitsbild zu erzeugen vermag, obgleich in einer Zusammenstellung von Thomsen bei 41 Fällen die Syphilis nur eine kleine Rolle spielte. Daſs oft mehrere Kinder derselben Familie an Lebercirrhose erkrankten, spricht auch für Syphilis als ätiologisches Moment. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bei der Besprechung der Therapie in seinem Vortrage **Über Läsionen des Rachens bei Syphilis hereditaria tarda** betont Hicguet (*La policlinique.* 1893 No. 2.) die zuweilen ausbleibende Wirkung des Jodkaliums. Der Grund hiervon liegt nach seiner Ansicht in der zu raschen Elimination des Jods aus dem Organismus bei gewissen Individuen. Diesem Übelstande wird, wie er sich bei einem Patienten überzeugen konnte, dadurch abgeholfen, daſs das Jodkalium nicht allein, sondern kombiniert mit Jodnatrium und -Ammonium administriert wird. Die beiden letzteren werden sehr rasch eliminiert, während das Jodkalium im Organismus zurückbleibt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Lues tarda laryngis im Kindesalter, von Strauss. (*Arch. f. Kinderheilk.* Band 14. Seite 312.) Unter Lues tarda laryngis versteht Verfasser luetische Kehlkopferkrankungen am Schlusse oder jenseits des ersten Lebensdecenniums. Er teilt 3 eigene aus der Poliklinik von B. Baginski und 11 fremde Fälle mit. In 12 Fällen war die Epiglottis befallen und zwar meistens als Perichondritis, Schwellung der Epiglottis, Abstofsung nekrotischer Knorpelteile; warzen- und papillom-ähnliche Bildungen sind beobachtet. Von der Epiglottis dehnte sich der Prozefs auf die Lig. ary-epiglottica aus. An den Taschenbändern waren meistens Verdickungen und Wucherungen, nur einmal Ulzeration sichtbar. Veränderungen an den Arytänoidknorpeln und den Stimmbändern nur sehr selten und nur bei hochgradigen Veränderungen des Kehlkopfs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis der Zunge, von Du Castel. (*L'Union méd.* 26. September 1891.) Der Schanker sitzt gewöhnlich an der Zungenspitze und zeigt eine eigenartige Härte; durch sekundäre Entzündung in der Umgebung können heftige Schmerzen entstehen. Die Roseola ist relativ selten und stellt wenig erhabene, leicht schuppende, rote Flecke dar. Die sehr häufigen Plaques muqueuses bewirken, wenn sie zahlreich sind, eine schmerzhafte Anschwellung der Zunge. Erosionen und Ulcerationen sind wenig charakteristisch. Die Papeln sind infolge in ihnen stattfindender Bindegewebswucherung sehr hartnäckig und bilden durch Konfluenz grofse Plaques, an den Zungenrändern leicht ulcerierend. Die Psoriasis linguae entsteht durch Ernährungsstörung des Epithels infolge von Wucherung der Schleimhaut und bildet regelmäfsige, kreisförmige, schuppende Scheiben. Die sekundär syphilitischen Zungenerkrankungen recidivieren häufig, sind kreisförmig und wenig schmerzhaft. Sie bewirken ein Verschwinden der Zungenpapillen und werden beim Touchieren mit Höllenstein nicht weifs. Da sie sehr ansteckend sind, haben sie eine grofse praktische Bedeutung. — In der sogenannten tertiären Periode sind zu trennen: sklerosierende, interstitielle und gummöse Erkrankungen; die erstgenannten können oberflächliche oder tiefe Prozesse darstellen, beide ulcerieren. Mehrfache inselförmige Ulcerationen mit glatter, dunkelroter, papillenfreier Oberfläche charakterisieren die Glossitis ulcerosa superficialis, beträchtliche partielle Schwellungen die Glossitis ulcerosa profunda; auch hier Schwund der Papillen. Sehr selten ist die totale sklerosierende Glossitis: harte, geschwollene Zunge. Die Gummata liegen in der Schleimhaut oder in der Muskelschicht; erstere schrotkorn- bis kirschgrofs, leicht zu runden, wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen Geschwüren zerfallend. Die tieferen Gummata sind erbsen- bis mandelgrofs, sitzen meist am Zungenrücken, erweichen erst nach einigen Monaten und bilden unregelmäfsig geformte, mit Narbenbildung heilende Geschwüre, die zu phagedänischer Ausbreitung neigen. Bei frühzeitiger Diagnose und entsprechender Behandlung schwinden sie leicht, werden aber, da sie schmerzlos sind, oft erst spät entdeckt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ulcerierte Zungengummata im vierten und fünften Monate nach der Infektion, von Maes. (*Jahrb. der Hamburger Krankenanstalten.* I. Jahrgang.) Schon 16—17 Wochen nach der Infektion entstand ein gummöses Zungensyphilid, dem nach weiteren 4—6 Wochen trotz energischer Behandlung ein Nachschub mit Ulceration folgte. Heilung; in den nächsten sechs Monaten kein Recidiv.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein typisch-syphilitisches Exanthem stellt Maes in dem ärztlichen Verein zu Hamburg (12. Mai 1891) vor. Infektion durch Coitus, Primäraffekt am Penis, geschwollene Inguinaldrüsen sind nicht nachweisbar; dagegen sind die Drüsen links am Halse und auf der Parotis sehr vergröfsert, und findet sich am linken oberen

Augenlid eine stark indurierte Narbe. An dieser Stelle ist vor zwei Monaten wegen eines Hordeolum incidiert worden, worauf eine schwer heilende Wunde entstand.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das essigsaure Thymol-Quecksilber (Hydrargyrum thymolo-aceticum) empfiehlt MARIO MIGNECO als Heilmittel bei sekundärer Lues auf Grund von 18 Beobachtungen. Es wurde dasselbe nach der Formel

Hydrargyrum thymolo-acet.	1,5
Mucilago gum. arab.	0,5
Aq. dest.	20,0

jeden anderen Tag intramuskulär in die Glutäen injiziert, jedesmal eine Spritze. — 8—20 Spritzen waren für die Behandlung nötig. Das Mittel macht keine lokale Reaktionen und verhütet Recidive besser als Sublimat. (*La riform. med.* 1891. No. 115.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose und Lebersyphilis mit Cremor tartari in gröfseren Dosen, kombiniert mit roborierenden Mitteln, von M. SAKAKI. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1892. No. 47.) Verfasser beleuchtet an der Hand von zwölf Krankengeschichten die günstige Wirkung des Cremor tartari in der Dosis von 8,0 bis 40,0 pro die, als Schüttelmixtur gereicht bei Ascites, besonders als Folge von Lebercirrhose und Leberlues. Eisen, Roborantia, passende Ernährung, eventuell Punktion sollen daneben je nach den Indikationen Verwendung finden. — Der Schwund des Ascites ist in vielen Fällen sogar ein dauernder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Diskussion des Vortrages des Herrn BLASCHKO: Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen. Verein für innere Medizin in Berlin, den 13. Juni 1892. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1892. No. 48.) G. LEWIN hat alle zu Injektionen bei Syphilis empfohlenen Präparate geprüft, er hat unter zwei Millionen Injektion nur 10—20 Abscesse gesehen. Die Schmerzen sind individuell verschieden. Recidive nach Sublimatinjektionen am wenigsten, 5—7%. Je früher die Recidive eintreten, desto besser ist es, die später eintretenden sind stets maligner. Der Vorteil der subkutanen Injektion ist die genaue Dosierung; diese wird aber bei unlöslichen Salzen nicht erreicht, da man es nicht in der Hand hat, zu bestimmen, wieviel jeden Tag resorbiert wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Syphilis mit Hundeserum, von EDWARD COTTOREL. (*Medical press.* Nov. 1892.) Während TOMMASOLI zur Behandlung der Syphilis Serum von Schafen und Rindern benutzte, versuchte Verfasser bei zwei Kranken mit frischer Lues Hundeserum und erzielte Beseitigung der Symptome; der weiteren Beobachtung haben sich die Kranken wegen der Schmerzhaftigkeit der Injektionen leider entzogen. Das stets frisch präparierte Serum in der Dosis von 0,02, zweimal wöchentlich subkutan, bewirkt empfindliche, schwach gerötete Anschwellungen und leichte Temperatursteigerung, zuweilen nesselartiges Erythem. Die Präparation ist folgende: Blut aus der Carotis in sterilem Reagensglas, in das etwas Oxalsäurelösung gethan ist zur Verhütung der Gerinnung, auffangen, centrifugieren, das Plasma gerinnen lassen, das Serum absondern, Untersuchung des getöteten Tieres. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur hypodermatischen Behandlung der Syphilis mit Quecksilberpräparaten, von M. v. ZEISSL. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1891. No. 50.) ZEISSL giebt eine Übersicht über die löslichen und unlöslichen Quecksilbersalze, die zu subkutanen resp. intramuskulären Injektionen verwandt werden, und hebt unter letzteren das Kalomel und das Oleum cinereum LANG hervor. — Innerlich zu geben sind: Protojoduretum

hydrargyri, Sublimat, Kalomel, Hydrargyrum oxydulatum tannicum und Hydrargyrum salicylicum. Für Suppositorien empfiehlt sich die Vorschrift:

Ungt. hydr. ciner.	1,5
Ung. cetac.	5,00

F. suppos. parv. No. IV.

Mit einer Besprechung des Decoct. ZITTMANNI beschliefst der Verfasser seine nichts neues bietenden Mitteilungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Bereitung der Sozojodol-Quecksilberlösung zur Behandlung luetischer Affektionen, von SCHWIMMER. (*Pharmac. Post.* 1892. No. 27.) SCH. nimmt 1 Teil Sozojodol-Quecksilber, befeuchtet es mit etwas destilliertem Wasser, giebt die doppelte Quantität Jodkalium hinzu und verreibt die Mischung, bis eine gleichmäfsige, dünnflüssige Mischung entsteht. Nun wird soviel destilliertes Wasser zugegossen, als zu dem vorgeschriebenen Quantum nötig ist; auf 4,0 Hydrargyrum sozojodol. kommen 8,0 Jodkalium und Aq. q. s. ad 50,0. — Nach einmaliger Filtration erhält man eine reine, etwas gelblich gefärbte Lösung, die sich mehrere Wochen unzersetzt hält. Die Resultate, die SCH. mit dem Präparate erzielt, sind sehr günstig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erfahrungen über die subkutane Anwendung des Hydrargyrum oxydatum flavum. (*Nederl. Tydschr. voor Geneeskd.* 1891. No. 16. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 2.) Das Hydrargyrum oxydatum flavum wurde in den Koncentrationen 1 : 60 bis 1 : 10 in Oleum olivarum oder Vaselin. liquidum angewendet, jede 5—7 Tage eine Injektion. Bei 1 : 60 klagte niemand, bei 1 : 20 nur 10%, bei 1 : 10 30% über Schmerzen. 5 mal wurden unter 1572 Injektionen Abscesse beobachtet, niemals aber bei den stärksten Koncentrationen und in der Privatpraxis. Stomatitis trat im Krankenhause, wo die meisten Patienten schlechte Zähne hatten, häufig, Enteritis und Quecksilberexanthem je einmal auf. Kranke aus der Privatpraxis sind schon 2—3 Jahre rückfallsfrei. — — Am meisten empfiehlt Verfasser (Name?) die Koncentration von 1 : 20, im ganzen 6—7 Injektionen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hydrargyrum formamidatum hat VISHEGRAD in 212 Fällen mit Erfolg angewendet. Alle 3—4 Tage eine Injektion in die Rückengegend; an der Injektionsstelle ein Merkurialpflaster auflegen; am Injektionstage ein warmes Bad. Keine Induration, kein Abscefs, Recidive nur in 17 Fällen. (Wie lange sind die Kranken beobachtet? Der Referent.) (*The Lancet.* 11. Oktober 1891.)

Jessner-Königsberg t. Pr.

Hydrargyrum benzoicum lobt COCHERY.

Hydrarg. benzoic.	0,30	Täglich eine Spritze.
Natr. muriat.	0,1	Kokainzusatz präcipitiert allmählich
Aq. destillat.	40,0	das Quecksilber.

(*Journ. de méd. et de chir. pract.* September 1890.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Antifebrin zur Behandlung weicher und harter Schanker empfiehlt K. BASILEWITZ auf Grund von zwei (!) Fällen. (*Med. obosrenije.* 1890. No. 13—14. *Deutsche Med-Ztg.* 1892. No 2.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Syphilis mit Hydrarg. succinimidatum, von L. JULLIEN. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 760.) J. giebt das Hg succinimidatum entweder in Pillenform, täglich 2 Pillen von je 0,02—0,03 Hg, oder subkutan in einer Lösung von 0,2 Hg : 100,0, wovon er ½—1¼ Spritzen verabfolgte. — Von beiden Anwendungsweisen sah er gute Erfolge. *Türkheim-Hamburg.*

Beiträge zur Syphilistherapie mit Oleum cinereum, von A. Häglер. (Inaug.-Dissert. Basel 1892.) Nach einer eingehenden Besprechung der verschiedenen Methoden der Quecksilberkuren schliefst Verfasser mit der Behauptung, dafs die Schmierkur die sicherste und ungefährlichste sei; bei ihrer Unmöglichkeit empfiehlt er Oleum cinereum als eben so sicher, mahnt allerdings zu sehr vorsichtiger Dosierung und exakter Mundpflege. (Ob freilich die vom Verfasser mitgeteilten 19 Fälle, darunter ein Todesfall, der allerdings vielleicht nicht der Methode zur Last fällt, zahlreiche Infiltrate und Stomatitiden, besonders zur Empfehlung des Oleum cinereum beitragen, ist Geschmackssache. Ref.) *F. Hahn-Bremen.*

Pseudo-Paralysis syphilitica, von Moncorvo. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 968.) Es werden drei Fälle mitgeteilt, die Kinder von 3 Monaten, 2½ Monaten und 1½ Monaten betrafen; alle drei waren mit schwerer, angeborener Syphilis behaftet, zwei auch noch mit Sumpffieber. — Die syphilitischen Symptome gingen nach Quecksilber-Einreibungen schnell zurück. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilis und Eklampsie, von G. Lang. (*Journ. de mal. cut. et syph.* 1892. S. 566.) Eine syphilitische Frau erkrankte gegen Ende der Schwangerschaft an Eklampsie. Geburt eines toten Fötus im Coma der Frau. Tod der Frau fünf Stunden später, ohne dafs sie vorher aus dem Coma erwacht war. Während ihres Lebens hatte kein Ödem bestanden. — L. knüpft an diesen Fall verschiedene Betrachtungen. Es sind im ganzen erst wenige Fälle von Zusammentreffen der Eklampsie mit Syphilis bekannt. Bis jetzt haben nur Weller und Courrent derartige Krankengeschichten mitgeteilt. Lang wiederholt deren Meinungen über den Zusammenhang von Syphilis und Eklampsie; er selbst sieht in dem Vorhandensein der ersteren ein günstiges Moment nicht nur dafür, dafs die letztere zu stande kommt, sondern auch dafür, dafs sie schwerere Formen annimmt. Therapeutisch empfiehlt er bei Eklampsie Blutentziehungen in Form von Schröpfköpfen an den Brüsten, welches Verfahren er für wirksamer hält, als die Anwendung von Anaestheticis. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilis maligna praecox des Nervensystems, von Gilles de la Tourette und Hudelo. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 686.) Ein junger Mensch ohne jede nachweisbare erbliche Belastung, aus dessen Anamnese nur ein früherer Mifsbrauch von Spirituosen hervorzuheben wäre, wird syphilitisch. Wahrscheinlich safs der ursprüngliche harte Schanker auf der Mandel. Gleich darauf mäfsig starke Roseola und gleichzeitig Lähmung des rechten Nervus facialis. Einige Monate später die unerträglichsten Kopfschmerzen und fast völlige Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte. Die Symptome bessern sich trotz eingreifender Behandlung nur wenig. Wieder nach einiger Zeit Schmerz in der Lendenwirbelsäule, Parese der Unterextremitäten, der Blase; der Mastdarm gänzlich anästhetisch, so dafs Patient nachsehen mufs, ob eine Defäkation erfolgt sei; Erlöschen des Geschlechtstriebes. Auch hier, trotz sehr viel Quecksilber und Jodkalium, nur mäfsige Besserung.

Mit Recht machen die Verfasser auf das Abnorme in dieser Krankengeschichte aufmerksam. Woraus erklärt sich der besondere Verlauf und die seltene Hartnäckigkeit dieser Syphilis? Warum wird bei dem gesunden Individuum fast ausschliefslich das Nervensystem — es bestanden nebenher nur noch einige Hautsyphilide —, dieses aber in so unheilbarer Weise betroffen? In dem Vorleben des Patienten haben die Verfasser vergebens nach einer Erklärung gesucht. — Dem Referenten will scheinen, als ob in diesem Fall wie in manchem anderen die Syphilis nicht die Ursache, sondern nur die Veranlassung jener schweren nervösen Symptome abgab

Türkheim-Hamburg.

Über die Beziehungen der Syphilis zu nervösen Krankheiten der Kinder, von HADDEN. Verhandlung der medical society zu London, Sitzung den 21. November 1892. (*Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 103.) Verfasser studierte im Kinderhospital zu London die Beziehungen der Syphilis zu nervösen Krankheiten der Kinder. Das Material bezieht sich auf 40 Fälle nervöser Kinderkrankheiten, die zum Teil schon intrauterin entstanden waren. In einigen Fällen geben Infektionskrankheiten Anlafs zum Ausbruch der Leiden, die sich dann in unvermutet auftretenden Krämpfen zuerst äufsern als Folge von Thrombose, Gehirnblutung etc. Selten sind syphilitische Arterienveränderungen bei Kindern. Vielleicht spielt die Syphilis eine Rolle bei der kongenitalen Idiotie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinischer Beitrag zur Ätiologie der Tabes dorsalis, von G. GOLDFLAM. (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* II. No. 2 u. 3.) Zur Stütze der Ansicht über den Zusammenhang von Syphilis und Tabes bringt Verfasser einige Beiträge: Ein syphilitisch inficiertes Ehepaar erkrankt an Tabes. In drei Fällen von einer Kombination von Tabes mit Herzklappenfehlern soll Syphilis die gemeinsame Ursache gewesen sein. In einem anderen Fall bildete sich nach vorhergehender Syphilis eine Tabes, eine Phthisis fibrosa und eine Aorteninsufficienz aus. Übrigens bezeichnet Verfasser auch die nicht auf Syphilis beruhende Arteriosklerose als ätiologisches Moment für Tabes. — Besonders verderblich wirken hereditäre Belastung und Syphilis zusammen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage, von L. MINOR. (*Neurol. Centralbl.* 1892. No. 13.) Eine interessante statistische Beleuchtung der Abhängigkeit der Tabes von der Lues. Verfasser hat seit 1889: 496 männliche, 264 weibliche Russen und 449 männliche und 433 weibliche Juden als Patienten. Männliche Russen sind in 25—31% syphilitisch, Russinnen in 9—11,4%; männliche Juden sind in 5,5—7% syphilitisch, Jüdinnen in 1—1,5%. Es ist also die Lues der Russen 4mal so häufig als diejenige der Juden, die Lues der Russinnen 9mal so häufig als bei Jüdinnen. — Genau dasselbe Verhältnis erhielt der Verfasser nun bei Berechnung der Tabesfälle: Er sah Tabes bei Russen in 22 Fällen = 4,5%—6%, von diesen sind 20—90% sicher syphilitisch. Paralyse fand er in 10 (resp. wenn er die unsicheren mitrechnete, in 16) Fällen, von den 10 sicheren waren 80% sicher luetisch. Drei tabische Russinnen, ebenso wie 4 tabische Juden waren sämtlich sicher luetisch = 100%. Jedenfalls ist diese Statistik ein wichtiger Beitrag für diejenigen, die im Gegensatze zu LEYDEN die Tabes mit der Syphilis in engsten Konnex bringen, wenn dieselben überhaupt noch weiterer Beweise für ihre Ansicht benötigen. — Wenn Verfasser hofft, auch in therapeutischer Hinsicht von diesem Kausalverhältnis zwischen Syphilis und Tabes bessere Früchte zu sehen, wenn die Tabesfälle erst werden früher zur Behandlung kommen, dann kann man nur wünschen, dafs er Recht hat. — Zum Schlusse wirft Verfasser die interessante Frage auf, ob frische Syphilisinfektionen bei Tabikern und Paralytikern vorkämen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine durch kongenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung, von A. ERLENMEYER. (*Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie.* November 1891.) In fünf Fällen fand Verfasser bei Kindern von 12—16 Jahren JACKSONsche Epilepsie in Gestalt einseitiger Extremitätenkrämpfe und ein Zurückbleiben dieser Extremitäten im Wachstum. Motilität normal; keine Kontrakturen. Anamnestisch konnte eine früher überstandene Meningitis und in drei Fällen Syphilis des Vaters festgestellt werden; in den andern zwei nimmt E. letztere als vorhanden, da wenigstens nichts dagegen spricht (ein sonderbarer Schlufs! d. Ref.). — Verfasser stellt diese Erkrankungsform in

Parallele mit der cerebralen Kinderlähmung, für die er auch die kongenitale Syphilis oft verantwortlich macht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ataxie bei kongenitaler Syphilis, von SQUARE. (*Medizin. Gesellsch. zu Plymouth* nach der *Allg. med. Centralzeit.* 1892. No. 31.) Ein 7jähriges Mädchen zeigt ataktischen Gang, Fehlen der Sehnenreflexe, Keratitis interstitialis und charakteristische obere Schneidezähne. Seit 6 Wochen nimmt die Ataxie zu, vor 10 Tagen sind Lähmung des linken Facialis und linksseitige Taubheit hinzugetreten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Der 12. Kongreſs für innere Medizin

findet vom 12. bis 15. April 1893 zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Herrn IMMERMANN (Basel) statt.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 12. April: **Die Cholera.** Referenten: Herr RUMPF (Hamburg) und Herr GAFFKY (Gieſsen).

Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 14. April: **Die traumatischen Neurosen.** Referenten: Herr STRÜMPELL (Erlangen) und Herr WERNICKE (Breslau).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr v. ZIEMSSEN (München): Über parenchymatöse Injektionen bei Tonsillen-Erkrankungen. — Herr EMMERICH (München): Die Herstellung, Konservierung und Verwertung des Immuntoxinproteïns (Immunproteïdins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infektionskrankheiten. — Herr ADAMKIEWICZ (Krakau): Über den Krebs und seine Behandlung. — Herr v. JAKSCH (Prag): Zur Chemie des Blutes. — Herr v. MERING (Halle): Über die Funktion des Magens. — Herr FLEINER (Heidelberg): Über die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens. — Herr POLLATSCHECK (Karlsbad): Haben die Karlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung? — Herr ROSENFELD (Breslau): Über Phloridzinwirkung. — Herr KOEPPE (Reiboldsgrün): Über Blutuntersuchungen im Gebirge.

Berichtigung.

In dem Referate über REEKERS „Nachlese zu ERDLS und WALDEYERS Untersuchungen über die Haare“ (Bd. XIV. pag. 469) muſs es heiſsen „oder 20% Salpetersäure, welche das Pigment aufhellt“ (statt teilt) und drei Zeilen weiter unten „dickliches Kollodium“ (nicht destilliertes).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 7. 1. April 1893.

Lepra und die Frage ihrer Kontagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel.

Von

Dr. med. E. von Düring,

Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de médecine.

(Schluſs.)

Ich betone, daſs beide Angaben sich auf Castamuni beziehen. Und das heiſst, die Leprösen bewegen sich frei unter der übrigen Bevölkerung? Hier hat entschieden die „vox populi“ das Richtige getroffen; es besteht — nach den letzteren Angaben Zambacos — entschiedene, streng durchgeführte Isolierung — und deshalb nimmt die Lepra im Vilajet Castamuni ab.

Wenn die spanischen Juden in der Hauptstadt etwas Ähnliches thun würden, so würde die unter ihnen endemische Lepra nicht so erschreckend zunehmen, wie sie es de facto thut.

Genaue Angaben darüber sind einfach unmöglich, aber ich habe meine Informationen von einigen Rabbinern, die ich darüber befragte. Die einzige positive Angabe über den Stand der Lepra vor etwa 40 Jahren konnte ich aus Rigler[12] schöpfen; er wirkte vor 40 Jahren an derselben Stelle, an der Verfasser jetzt angestellt ist. Nach seinen, überall aus eigenster, eingehendster Beobachtung geschöpften Angaben muſs es damals viel weniger Lepra in Konstantinopel gegeben haben. Er spricht von den Leprösen in Scutari, von 2 leprösen Negern und dann von 3 Fällen tuberkulöser Lepra, die er bei Israeliten gesehen hat. Wenn man auch ruhig zugeben kann, daſs er nicht alle leprösen Juden gesehen hat, so würde er doch durch seine Stellung ganz von selbst und bei seinem Eifer unbedingt erfahren haben, wenn die Lepra nur annähernd in dem Grade häufig gewesen wäre wie heute.

Daſs die endemische Verbreitung der Lepra unter den Juden fast lediglich auf Rechnung der Infektion zu setzen ist, wenn man nicht auf

[12] Rigler, *Die Türkei und ihre Bewohner*. Wien, 1852. Gerold.

die „atavistische Disposition“ (s. unten) ZAMBACOS zurückgreifen will, beweist ein Ausspruch des letzteren, den ich weiter unten in extenso geben werde. Er hat nämlich selbst die Erfahrung gemacht, dafs in den meisten Fällen bei den hier erkrankten Israeliten die nächsten Vorfahren nicht leprös waren, — so dafs er im Jahre 1886 in einer der Académie de médecine vorgelegten Denkschrift sagen mufste, dafs „Heredität bei der Lepra nur eine untergeordnete Rolle spiele“.

Wenn man sich aber überzeugt, wie ich es gethan habe, wie die Israeliten in ihren Quartieren leben, wie wenig sie die elementarsten Regeln der Reinlichkeit und der Vorsicht befolgen, wie z. B. im Bazar von Haskeui lepröse Verkäufer, mit Ulcerationen auch an den Händen bedeckt, Lebensmittel verkaufen, wie Kleidungsstücke, Wäsche etc. von Generation zu Generation vererben, so mufs man sich, diesmal in Übereinstimmung mit ZAMBACO, wundern, dafs die Verbreitung der Lepra eine so geringe ist! Es steht da zum Glück der menschlichen Nachlässigkeit die geringe Existenz-Chance des Bacillus aufserhalb des menschlichen Körpers entgegen, wie ich schon oben bemerkte.

Ich habe in fast allen Fällen konstatieren können, dafs die Befallenen entweder unter ihren Bekannten Lepra hatten oder mit Leprösen zusammen gewohnt hatten oder in Wohnungen waren, wo Lepröse gewohnt hatten. Und wenn es einmal nicht gelingt, das zu beweisen, so ist bei der absoluten „Sorglosigkeit“ der Bevölkerung — um nicht zu sagen schmutzigen Nachlässigkeit — die Kontagion immer noch wahrscheinlicher, als dafs die Krankheit durch „atavistische Dyskrasie“, „faule Fische“, „ranziges Öl“ oder „Gemütsbewegung“ erworben sei.

Wenn ich aus meiner Erfahrung die Beispiele anführen wollte, wo mir die Kontagion sicher erwiesen scheint, so müfste ich fast eine Statistik meiner 120 Fälle anführen. Einerseits besitze ich diese Statistik nicht in der zur Publikation erforderlichen Genauigkeit — dem stehen hier die Verhältnisse entgegen —, und andererseits würde das eine sehr langweilige, ermüdende Arbeit sein für Leser und Verfasser.

Aber einige eklatante Beispiele will ich anführen. Heredität ist, nach meiner Ansicht, in diesen Fällen ausgeschlossen. Bei den Israeliten kann man sich — bei ihrem entwickelten Familiensinn und bei dem Zusammenbleiben der Familien — so ziemlich auf die anamnestischen Angaben verlassen, wenn nicht absichtlich gelogen wird.

(Ich sehe hier ab von den Fällen, die ich früher aufserhalb Konstantinopels gesehen habe, an Europäern, die ihre Krankheit in Amerika etc. acquiriert hatten.)

III. Fälle von Bedeutung für die Kontagiosität.

1. Frau E. in Couscoundjouk bei Konstantinopel, 24 Jahre alt, Israelitin (spanisch). Die Familie lebt in bescheidenem Wohlstand.

Der Vater versichert, dafs weder in seiner Familie, noch in der Familie seiner Frau je Lepra beobachtet sei. Die ältere Schwester der Frau E. wurde vor ca. 12 Jahren leprös und blieb im Hause. Sie lebte stets mit Frau E. zusammen, die sie pflegte und die ihre Wunden verband. Sehr sauber sind diese Leute nicht. Vor 5 Jahren starb die ältere Schwester, und fast zur selben Zeit wurde bei Frau E., die kurz vorher geheiratet hatte, die Lepra konstatiert. Sie hat ein sehr zartes, aber nicht lepröses Kind. Sie selbst ist der Ansicht, das sie die Krankheit von ihrer Schwester bekommen hat.

2. P., ein junger Mensch von fast 20 Jahren, spanischer Jude. Es ist dies der furchtbarste Fall von Lepra, den ich gesehen habe. Der Vater giebt an, ohne Befragen, dafs die Krankheit in der Familie noch nie beobachtet sei, dafs aber sein Sohn in der Kindheit in dem Quartier Haskeui mit den Kindern einer leprakranken Familie — und in deren Hause — gespielt und dort die Krankheit erworben habe. Sie ist ungefähr in seinem 10. Jahre ausgebrochen.

Als ich die elende Baracke betrat, in der diese Familie wohnt, schlug mir ein pestilenzialischer Geruch entgegen. Ich fand in einem Bretterverschlag, auf einem türkischen Kanapee liegend einen Menschen, der nur noch die Konturen eines Menschen aufwies. Es war ein im kachektischen Stadium von oben bis unten mit Ulcerationen bedeckter Leprös er; die sämtlichen Ulcerationen waren mit grünen Blättern bedeckt, zum Teil voller Krusten; dabei safs er überall voller Fliegen und alles wimmelte von Ungeziefer.

Da ich ihm wenigstens desodorierende und desinfizierende Medikamente und Verband zukommen lassen wollte, bestellte ich seinen jüngeren Bruder zu mir, um einen Bericht an die Gemeinde abzuholen. Als der 7 Jahre alte Kleine sich bei mir vorstellte und ich ihn näher ins Auge fafste, entdeckte ich sofort, dafs auch er schon leprös war; er hat dieses eigentümliche, leicht ödematöse Erythem des Gesichts, daneben aber auch schon einige Pigmentflecken.

Der ältere Bruder ist seither gestorben; bei dem jüngeren sehe ich sich die Krankheit sehr langsam entwickeln. Man kann bei ihm wenigstens insoweit etwas thun, als man für etwas bessere Ernährung und Pflege sorgt.

In diesem Falle ist mir der Gedanke gekommen, ob nicht vielleicht die massenhaften Fliegen und das Ungeziefer, die auf den ulcerierenden Flächen safsen, direkt die Übertragung vermitteln könnten. Ich habe eine Anzahl Fliegen gefangen, in Alkohol gelegt und untersucht, aber nichts gefunden. Es erscheint mir nicht wahrscheinlich, aber auch nicht unmöglich, dafs dies einer der Infektionswege in den Familien ist.

3. Grosses Interesse beansprucht der folgende Fall; er hat zu einer

äufserst lebhaften, von ZAMBACOS Seite mit einem sehr geistreichen Aperçu über Atavismus, Heredität und über die Verbreitung der Lepra in der Welt überhaupt geführten Debatte Anlafs gegeben.

Ich habe oben erwähnt, dafs ZAMBACO auch als Gesetz hingestellt hat: Endemisch kommt die Lepra in Konstantinopel nur bei den Israeliten vor; die Fälle bei Griechen und Türken sind importierte Fälle.

Dafs also ein Fall von Lepra bei einer eingeborenen Griechin ganz besonderes Interesse erwecken mufs und dafs derselbe ganz besonders dazu einläd, der Möglichkeit der Kontagion nachzugehen, versteht sich von selbst.

Es handelt sich um eine junge Griechin mit Lepra mixta. Der Vater und die Mutter leben und sind gesund. Der Vater ist in einem Dorfe hier am Bosporus, die Mutter ebenfalls in einem anderen Dorfe am Bosporus gebürtig. Der Grofsvater, der aus Chios eingewandert ist, ist sicher nicht leprös gewesen.

Die Familie zog nach einem Brande mit dem kleinen Kinde nach dem oben erwähnten Couscoundjouk, das zum grofsen Teil von spanischen Juden bewohnt ist; jedoch giebt es dort auch einige griechische Familien und eine griechische Kirche.

Das Mädchen ist jetzt siebzehn Jahre alt; vor vier Jahren wurde die Lepra bei ihr konstatiert, nachdem sie vier Jahre vorher Couscoundjouk verlassen hatte, wo sie etwa sieben Jahre zugebracht und Verkehr mit den Kindern einer leprainfizierten jüdischen Familie gehabt hat.

Der Publikation dieses Falles in der *Gazette médicale d'Orient* (No. 1, 1892) fügte ich hinzu:

„Je crois que ZAMBACO PACHA rejetera ce cas parceque le grand père habitait Chio, où la lèpre est endémique."

In dieser Annahme hatte ich mich nicht getäuscht.

In seiner, sehr weit ausholenden Entgegnung,[13] kommt er zu folgendem Schlusse:

„Es ist wahr, trotz eingehender Untersuchung bei den leprösen spanischen Juden in Konstantinopel gelingt es in weitaus der Mehrzahl der Fälle nicht, unter ihren Vorfahren einen Leprösen nachzuweisen. Da sich meine Nachforschungen nur bis auf diese näheren Vorfahren erstrecken konnten, habe ich in meiner, der Academie de médecine von Paris 1886 vorgelegten Denkschrift gesagt, dafs die Lepra in Konstantinopel nur ausnahmsweise erblich sei. Bei tieferem Eindringen in die Frage und bei eingehender Verfolgung meiner Untersuchungen habe ich meine frühere Meinung etwas modifizieren müssen. Denn wenn meine leprösen Juden auch nicht direkt lepröse Eltern hatten, so haben sie diese Krankheit doch sicher von ihren ferneren oder näheren Vorfahren; bis dahin sie zu verfolgen, ist unmöglich. Wie soll man bei Leuten aus

[13] *Gazette médicale d'Orient.* 1892. No. 4 u. 5.

dem Volke den Gesundheitszustand ihrer Grofseltern oder Urgrofseltern feststellen? Man mufs also annehmen, dafs, obwohl die Eltern indemnes sind, insgeheim dennoch der Keim fortdauert, und dafs er seine Gegenwart von Zeit zu Zeit manifestiert durch ganz anderweitige uns unbekannte Ursachen . . .“

„. . . Es handelt sich also bei unseren, von den eigentlichen Hebräern (nicht Judäern) abstammenden spanischen Juden . . . um die Thatsache eines pathologischen Atavismus, der ebenso existenzberechtigt ist, wie der physiologische Atavismus . . .“

„. . . Wenn wir jetzt auf die Geschichte der leprösen jungen Griechin zurückkommen, so ergiebt sich folgendes:

„Obwohl ihre Eltern in Konstantinopel geboren sind, so stammen doch des Vaters Vater, Mutter, Grofsvater und Grofsmutter aus Chios .... und Chios ist andauernd ein lebhafter Lepraherd. Das genügt schon . . ., um festzustellen, dafs wir hier eins der in Konstantinopel häufigen Beispiele von ethnischer Heredität, pathologischem Atavismus haben . . .“

„Also hatte das junge Mädchen das Recht, leprös zu werden, selbst wenn man sie ängstlichst hinter fest verriegelten Klosterthüren gehalten hätte. — Denn sie trug in sich den Keim, erblich, ethnisch. Derselbe kommt in ähnlichen Fällen einmal zum Ausbruch, ein anderes Mal nicht, je nach den, dem Individuum inhärenten Eigenschaften, und den zufälligen Bedingungen der Umgebung, die wir nicht zu erforschen vermögen . . .“

„Wenn die beiden Erzeuger an sich oder hereditär eine und dieselbe Eigenschaft, oder auch den gleichen Fehler oder die gleiche Diathese haben, so hat ihre Nachkommenschaft oder wenigstens ein Teil derselben alle Chance, dieses elterliche Erbe, das durch Zusammenwirken zweier gleicher Faktoren noch verstärkt ist, anzutreten.“

„So vereinfacht sich die Sache sehr und giebt dem Ihnen von Dr. von Düring vorgetragenen Fall eine ganz andere Auslegung.“ —

Soweit Zambaco. Ich mufs gestehen, dafs seine Aufstellung geistreich ist. Aber die Antwort auf die Frage ist er mir schuldig geblieben, weshalb so wenige Griechen und Türken von ihrem durch atavistische Heredität erworbenen Rechte Gebrauch machen. Und weiter überlasse ich jedem Forscher, zu beurteilen, welche Auslegung er dem Falle geben will; ob es ihm wahrscheinlicher dünkt, dafs die junge Griechin ihr — übrigens noch gar nicht bewiesenes —, durch atavistische Heredität erworbenes Recht auf Lepra geltend gemacht hat, oder ob sich dieselbe während ihres Aufenthaltes und durch ihren Verkehr in einem Orte[14] mit Lepra infiziert hat.

[14] Ich kenne *in* Couscoundjouk (vielleicht höchstens 600—1000 Einwohner) 5 Lepröse.

Wohin man aber mit so gesuchten Hypothesen kommt, will ich in zwei Worten weiter zeigen. In einer demnächst in dieser Zeitschrift zu publizierenden Arbeit über Syringomyelie, Maladie de Morvan und Lepra werde ich näher darauf eingehen.

Zambaco setzt in der gleichen Mitteilung ungefähr auseinander, dafs alle Lepraherde in der Welt semitischen Ursprungs sind; dafs ferner die Maladie de Morvan in der Bretagne die Reste einer alten semitischen Leprainfektion in der Bretagne sind. Er ist in der Académie de médecine in Paris (s. o.) auf entschiedenen Widerstand gestofsen.

Da ich Mitteilungen über klinische Besonderheiten einer späteren Arbeit vorbehalte, so will ich hier nur bemerken, dafs eine Trennung der verschiedenen Lepraformen in der Praxis de facto sehr wenig motiviert erscheint. Wie wir bei verschiedenen Individuen verschiedene Erscheinungsformen der Syphilis haben, ohne deshalb prinzipiell eine Syphilis der Tegumente von einer Syphilis des Nervensystems zu trennen, so wenig scheint mir diese Trennung bei der Lepra einen Grund zu haben.

Reine Formen tuberkulöser Lepra wie nervöser Lepra sind äufserst selten, es handelt sich fast immer um Mischformen, und es treten in verschiedenen Epochen der Erkrankung, ohne feste Regel, manchmal mehr die Symptome der einen, manchmal der anderen Gruppe in den Vordergrund.

Eine Bemerkung habe ich gemacht, dafs nämlich die mutilierende Form bei den Israeliten äufserst selten, bei den Türken viel häufiger ist, während die Griechen die Mitte halten.

Trotz des grofsen Materials ist ein systematisches Studium der Lepra hier sehr schwer; denn aufser dem klosterähnlichen Miskinhane, das nicht zugänglich ist, existieren hier keine Krankenhäuser, in denen Lepra dauernd aufgenommen wird. Autopsien werden nicht gemacht.

Trotzdem gelingt es mit der Zeit und zum Teil durch pekuniäre Opfer, einen Teil dieser Kranken regelmäfsig zu Gesicht zu bekommen.

Da die therapeutischen Erfahrungen sich besser an den klinischen Teil anschliefsen, so will ich hier nicht auf dieselben eingehen.

Bei Niederschrift dieser Zeilen lag es mir nur daran, von einem anderen Standpunkte aus als Zambaco der wissenschaftlichen Welt die Beobachtungen über Kontagiosität oder Nichtkontagiosität der Lepra in Konstantinopel darzulegen. Da Zambaco eine Autorität auf dem Gebiete der Lepra ist, so war auch seine Verteidigung der Nichtkontagiosität stets von besonderem Gewicht. Ich hoffe klargelegt zu haben, dafs die Bedingungen für Verbreitung der Lepra hier nicht andere sind als an anderen Orten, und dafs die Beurteilung, die Zambaco denselben angedeihen läfst, auf wissenschaftliche Unbefangenheit und Nichtvoreingenommenheit keinen Anspruch hat.

Die Lepra nimmt im Orient da **zu**, wo nichts zu ihrer Isolierung geschieht — das ist fast überall — und nimmt da **ab**, wo das Volk sich selbst hilft durch instinktive Vermeidung des Kontaktes mit Leprösen.

Das Wichtigste wäre, dafs die Regierung erstens dafür sorgte, dafs nach Schaffung von menschenwürdigen Daseinsbedingungen alle Fälle in Leproserien eintreten müfsten, und zweitens alle Heiraten Lepröser verboten würden. Aber bis jetzt sind diese Wünsche so fern von aller Realisierung, dafs vorläufig noch alle Leprösen in den Leproserien sich verheiraten dürfen, selbst mit gesunden Frauen aus der Stadt!

Zusammenstellung der wichtigsten Publikationen aus Konstantinopel.

1. *Mémoire sur la lèpre, observée à Constantinople* par le doct. Zambaco. Paris. Masson. 1887.
2. *La lèpre en Turquie* par le doct. Zambaco. Communication faite à l'Académie de médecine. Paris. Masson. 1889.
3. *Voyage chez les lépreux.* (s. oben).
4. Düring, Mitteilung eines Falles von Lepra bei einer aus Konstantinopel stammenden Griechin. *Gaz. méd. d'Orient.* No. 1. 29. Februar 1892.
5. Brief Zambacos, Replik auf obige Mitteilung. *Gaz. méd. d'Orient.* No. 4 und 5. 1892.
6. Düring, Encore une fois la contagiosité de la lèpre. *Gaz. méd. d'Orient.* No. 6. 1892.

Über einen seltenen Fall von Arzneiexanthem (Dermatitis medicamentosa diffusa, Erysipelas medicamentosum Behrendi).[1]

Von

Alfred Lanz

in Moskau.

Mit 3 Abbildungen.

Die Arzneiexantheme bilden bisher eines der am wenigsten bearbeiteten Kapitel der Dermatologie. G. Behrend,[2] der sich speziell mit diesem Kapitel beschäftigt hat, teilt sie in folgende drei Gruppen: 1. in Exantheme, welche durch spezifische Wirkung des Medikaments bedingt sind, 2. in solche, die durch Ausscheidung des Medikaments durch die Haut hervorgerufen werden, und 3. in solche, die durch dynamische Wirkung des Mittels bedingt sind.

Die erste Gruppe umfafst die hyperämischen Erytheme, die unter dem Einflufs von Substanzen, welche Paralyse des vasomotorischen Centrums bedingen, entstehen.

---

[1] Der Fall wurde von mir in der Sitzung der Moskauer dermatologischen und venerologischen Gesellschaft am 27. März 1892 demonstriert.

[2] G. Behrend, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* Russische Übersetzung von Prof. Pospelow. 2. Aufl. Moskau 1889.

Diese Erytheme werden besonders beobachtet nach Gebrauch von Belladonna, Hyoscyamus, Stramonium, sowie deren Präparate (Atropin, Hyoscyamin u. a.). Als Typus dieser Gruppe kann das Belladonnaerythem (Bazins scarlatine belladonnée) gelten. Zur zweiten Gruppe zählt Behrend hauptsächlich diejenigen Ausschläge, welche infolge von innerlichem Brom- und Jodgebrauch auftreten. Da dieselben durch die Ausscheidung des Mittels durch die Haut, d. h. durch den Follikelapparat hervorgerufen werden, so erscheinen sie als entzündliche Affektion des letzteren. Die dritte Gruppe endlich, welche zugleich die umfangreichste und interessanteste ist, umfaßt verschiedenartige Ausschläge, welche Behrend in folgende Arten zerlegt: 1. Erythema hyperaemicum, 2. Urticaria medicamentosa, 3. Dermatitis medicamentosa diffusa, 4. Erythema exsudativum medicamentosum, 5. vesikulöses Arzneiexanthem, 6. bullöses Arzneiexanthem und 7. Purpura medicamentosa. Hauptmerkmale der zu dieser Gruppe gehörigen Exantheme sind ein akuter Beginn und Verlauf. Die Form derselben ist durchaus unabhängig von der physiologisch-therapeutischen Wirkung des Medikaments, so daß sich dieselbe Form beim Gebrauch verschiedener Medikamente beobachten läßt und, umgekehrt, dasselbe Medikament bei verschiedenen Personen ganz verschiedene Exantheme hervorrufen kann. Weiter unten komme ich noch auf die Behrendsche Einteilung der Arzneiexantheme zurück und gehe nun zu der Beschreibung eines von mir unlängst beobachteten seltenen Falles über.

A. M., Bäuerin aus dem Swenigorodschen Kreise des Moskauschen Gouvernements, 29 Jahre alt, wurde am 8. März ins Miassmitzky-Hospital aufgenommen.

Patientin ist zum zweitenmal verheiratet. Vom ersten Manne, den sie 17 Jahre alt heiratete, hatte sie vier Kinder, von denen nur das älteste, ein Mädchen, noch lebt, die drei übrigen starben in frühem Alter. Zum zweitenmal verheiratet ist sie seit zwei Jahren, ohne weiter geboren zu haben. Sie stammt aus einer gesunden Familie und erfreute sich stets guter Gesundheit. Nur einmal war sie ernstlich krank, und zwar vor fünf Jahren nach einer Geburt. Das Leiden war von heftigen Schmerzen im Unterleibe und einem fieberhaften Zustande begleitet und hielt ungefähr sechs Wochen an. Außerdem zog sich Patientin öfters Erkältungen zu, die stets mit Husten verbunden waren. Auch hatte sie bisweilen Anfälle von Muskelrheumatismus mit Schmerzen in den Muskeln verschiedener Körperteile. Ende September vorigen Jahres hatte Patientin ein rotes, abschuppendes Exanthem an Händen und Füßen, welches in acht Tagen verging. Auch litt Patientin in den letzten zwei Jahren an Dyspepsie, die sich in Sodbrennen und einem Gefühl von Druck in der Magengrube äußerte. Bisweilen stellten sich Übelkeit, selten Erbrechen ein. Letztere Erscheinungen wurden gewöhnlich durch Fastenspeisen hervorgerufen. Patientin litt immer an trägem Stuhl. Menstruiert zum erstenmal im 17. Lebensjahre; die Periode kommt zur Zeit und dauert 2—3 Tage. — Am 27. Februar a. c. ging Patientin an den Teich, um Wäsche zu waschen, wobei bemerkt werden muß, daß sie schon „erkältet“ war und stark hustete. Dabei fiel sie, weil der Waschfloß, auf dem sie arbeitete, sank, bis zum Gürtel ins Wasser. Patientin ging sogleich nach Hause, bekam aber starken Schüttelfrost. Von diesem Tage an wurde der Husten stärker, so daß Patientin die drei folgenden Tage, Freitag, Sonnabend und Sonntag, im Bette blieb. Montag, das ist am fünften Tage nach dem Fall ins Wasser, begab sich Patientin, weil der Husten nicht nachließ, in ein städtisches Ambulatorium, wo man ihr gegen den Husten vier Pulver gab, mit der Anweisung, täglich ein Pulver zu nehmen, und zwar morgens und abends je eine Hälfte desselben. Patientin nahm am selben Tage um 2 Uhr ein halbes Pulver, und um 10 Uhr abends stellten sich Schüttelfrost, Hitze und Kopfschmerzen ein; zugleich wurde die ganze Haut rot. An demselben Abend nahm sie noch ein halbes Pulver und an den folgenden zwei Tagen noch zwei ganze. Dienstag

und Mittwoch wurde ihr immer schlechter. Zugleich trat Mittwoch Abschuppung der Haut ein. Patientin nahm keine Pulver mehr und begab sich wieder ins Ambulatorium, wo ihr der Rat erteilt wurde, sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Den 8. März sah ich sie zum erstenmal.

Status praesens vom 8. März. Patientin ist unter mittlerer Gröfse, von mittelkräftiger Konstitution, die Muskeln sind schlaff, der Panniculus adiposus ist schlecht entwickelt. Sie macht den Eindruck einer Schwerkranken. Die ganze Hautoberfläche, vom Kopfe bis zu den Füfsen, ist rot und mit verschieden grofsen Schuppen bedeckt; die Haut ist trocken. Die Bewegungen sind begrenzt, da sich bei Bewegungsversuchen Schmerzen in der Haut, an den Stellen der gröfsten Dehnung derselben, d. h. besonders entsprechend den Gelenken, auftreten. Patientin klagt über ein beständiges Gefühl von Spannung in der Haut; zugleich hat sie immer Frost. Die Epidermis löst sich in ganzen Stücken ab, besonders an Händen und Füfsen, wo sie in Form von Handschuhen und Pantoffeln abfällt. An einigen Stellen, wo die Haut der gröfsten Dehnung ausgesetzt ist, zeigen sich oberflächliche schmerzhafte Einrisse der Epidermis. Infolge der die Hyperämie begleitenden Hautanschwellung erscheinen die normalen Furchen ausgeglichen. Die Mundschleimhaut ist rot und trocken. Starker Durst, kein Appetit, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Menstrua. Brustschmerzen nicht vorhanden. Beim Husten, der nachts am heftigsten ist, findet ein schleimig-eiteriger Auswurf statt. Die Untersuchung der Lungen ergiebt eine verbreitete Bronchitis. Seitens der Cirkulationsorgane läfst sich nichts Anormales nachweisen. Puls normal, 65 in der Minute. Temperatur nicht erhöht.

9. März. Temperatur morgens 36,8°, abends 37,4°. Menstrua.

10. März. Menstrua. Temperatur morgens 37°, abends 37,3°. Puls 64. Die Epidermis der linken Hand löst sich in Form eines Handschuhes ab. Unter den abfallenden Schuppen erscheint die Haut stark gerötet. Kratzt man ein wenig mit dem Nagel, so tritt die Papillarschicht zu Tage, und es tritt punktförmige Blutung ein, wenn auch nicht so leicht und so stark, wie bei Psoriasis. Das Gefühl von Spannung ist besonders stark im Gesicht. Die Bewegungen der Augenlider und Lippen sind bedeutend erschwert. Zwei Tage keine Darmentleerung. Ordination: Ol. ricini, einen Efslöffel voll zu nehmen, und Vaselin aufs Gesicht.

11. März. Temperatur morgens 37°, abends 37,3°. Puls 64. Menstrua haben aufgehört. Patientin hat gut geschlafen. Das Gefühl von Spannung in der Haut ist geringer. Trockenheit im Munde und Durst haben nachgelassen. Auch der Husten ist geringer geworden. Das Gesicht ist fast frei von Schuppen. Die mimischen Bewegungen, die gestern noch unmöglich waren, sind leicht ausführbar. Patientin bewegt unbehindert Augenlider und Lippen. Die Epidermis löst sich vom linken Fufs in Form eines Pantoffels ab. An Stellen, wo die Epidermisschuppen abgefallen sind, erscheint die Haut gerötet, empfindlich und schuppt leicht ab. Das Gefühl von Spannung besteht noch an den Ellenbogengelenken, in den Kniekehlen, zwischen den Schulterblättern und am Halse.

12. März. Temperatur morgens 36,8°, abends 37,6°. Puls 60. Die Haut ist blasser geworden und schuppt weniger ab. Auswurf geringer. Auskultation ergiebt vorzugsweise trockene, pfeifende Rasselgeräusche zwischen und unter den Schulterblättern. Der Husten erscheint anfallsweise. Verordnet: zwei Doversche Pulver zu 5 Gran, von denen eines Patientin noch am Abend um 7 Uhr einnahm.

13. März. Temperatur morgens 8 Uhr 37,2°, um 1 Uhr 37,3°, um 5 Uhr 38,3°, um 8 Uhr abends 37,6°. Patientin erhielt um 8 Uhr morgens das zweite Pulver. Sieben Stunden nach Einnahme des ersten Pulvers trat Schüttelfrost auf, welcher bis zum Morgen anhielt. Patientin schlief die ganze Nacht nicht. Die Haut erscheint

wieder intensiv rot und angeschwollen, so dafs die normalen Hautfurchen ausgeglichen sind; sie fühlt sich heifs an. Patientin klagt über heftigen Kopfschmerz (in Stirn und Schläfen). Sie hat in der ganzen Haut das Gefühl von Spannung, Brennen und Stechen. Frösteln. Vermehrter Durst, kein Appetit. Drei Tage keine Darmentleerung. Ordination: 1/2 Unze Ol. ricini.

14. März. Temperatur morgens 36,7°, um 1 Uhr 36,8°, um 4 Uhr 37,2°, um 8 Uhr abends 37,5°. Die ganze Haut ist dunkelrot. Auf dem Gesicht und den oberen Extremitäten zeigt sich schon Abschuppung. Das Gefühl von Spannung ist stärker. Patientin hat geschlafen. Durst und Trockenheit im Munde halten an. Die Schleimhaut der Zunge, des Rachens, der Wangen und Lippen ist hyperämisch. Untersuchung des Harns auf Eiweifs und Zucker, sowie auch die mikroskopische Untersuchung desselben ergab ein negatives Resultat.

15. März. Temperatur morgens 36,7°, um 2 Uhr 37,1°, um 6 Uhr 37,3°, um 9 Uhr abends 37,3°. Die Haut ist weniger rot und schuppt fast überall ab; die Abschuppung hat denselben Charakter, wie am 8. März, nur ist dieselbe etwas schwächer. Das Gefühl von Spannung hält an. Kein Frösteln.

16. März. Temperatur morgens 36,7°, abends 37,3°. Die ganze Hautoberfläche schuppt ab, ganz wie am Tage der Aufnahme. An Händen und Füfsen löst sich die Epidermis wieder in toto ab. Am Rücken schuppt die Haut in grofsen Lamellen ab.

17. März. Temperatur normal. Die Haut ist bedeutend blasser. Starke Abschuppung im Gesicht und an den Extremitäten, besonders den unteren. Hier sitzen die Schuppen noch ziemlich fest, am Rücken hingegen lösen sie sich leicht ab. An den Händen löst sich die Epidermis diesmal aus leicht erklärlichem Grunde in dünneren Schuppen ab.

18. März. Röte und Abschuppung geringer. Das Gefühl von Spannung ist fast ganz geschwunden. Vom linken Fufs wurde die Epidermis in Form eines Pantoffels abgenommen, und zwar eines doppelten Pantoffels (nach dem ersten und zweiten Ausschlag zusammen, so dafs zwei Pantoffeln abfielen, von denen der eine — dünnere — in dem zweiten — dickeren — steckt).

Somit bestand offenbar ein innerer Zusammenhang der Hautveränderungen mit dem Medikament.

Da der Husten mit zähem schleimig-eiterigen Auswurf noch anhält, so wird verordnet: ℞ Infus. rad. ipecacuanh. e gr. ⁞⁞⁞ parat. ℥vj. Ds. Zweistündlich einen Efslöffel. Patientin nahm diese Mixtur vom 20. bis 23. März, wobei der Husten nachliefs. Bis zum 23. März nahm die Haut wieder fast ihr normales Aussehen an. Nur geringe Rötung und unbedeutende Abschuppung waren noch bemerkbar. Patientin fühlt sich durchaus wohl.

24. März. Temperatur morgens 36,8°, abends 37°. Patientin erhält je 5 Tropfen Tinct. opii simpl. um 2 und um 5 Uhr. Abends 9 Uhr stellt sich starker Schüttelfrost ein, der zwei Stunden anhält und mit Hitze wechselt.

25. März. Temperatur morgens 37,5°, um 1 Uhr 37,3°, um 4 Uhr 37,6°, um 7 Uhr 38°. Die ganze Haut ist wieder intensiv rot geworden, wenn auch in etwas geringerem Mafse, als nach dem Pulv. Doveri. Auch ist die Mundschleimhaut weniger hyperämisch, als dies nach dem soeben genannten Mittel der Fall war. Patientin hat schlecht geschlafen und hat in der ganzen Haut das Gefühl von Hitze, Jucken und Stechen.

26. März. Temperatur morgens 37,6°, um 2 Uhr 37,3°, um 6 Uhr 37,4°, um 9 Uhr 37,4°. Gestern hatte Patientin wieder Frösteln, und gegen Abend war Hitze eingetreten. Heute ist die Haut weniger gerötet und geschwollen; die normalen Furchen treten daher wieder schärfer hervor. An verschiedenen Stellen beginnt

Abschuppung. Patientin hat nicht geschlafen. Anstatt des Juckens sind Stechen und Spannung aufgetreten; infolgedessen sind die Bewegungen bedeutend erschwert. Die Zunge ist rot und feucht; die Lippen sind trocken und platzen.

27. März. Temperatur morgens 36,8°, abends 37,0°. Auf Gesicht und Hals ist die Abschuppung stärker, wobei die Epidermis sich in Lamellen ablöst. Die subjektiven Symptome bestehen in einem Gefühl von Spannung der Haut.

28. März. Die Haut schuppt überall stark ab.

29. März. Die Haut ist weniger rot. Starke Abschuppung im Gesicht und an den Extremitäten dauert fort, wobei die Epidermis an den Handtellern in toto sich ablöst.

30. März. Am Rumpfe hat die Abschuppung aufgehört. An den unteren Extremitäten findet noch starke Abschuppung statt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Temperatur abends 38,3°.

31. März. Temperatur morgens 37,2°, abends 38°. Seit gestern haben sich Kopfschmerzen, allgemeines Unwohlsein und Schmerzen beim Schlucken eingestellt. Angina follicularis. Ordiniert: 2% sol. acidi borici. S. Gurgelwasser. Natr. salicyl. Gran 10, No. 3, täglich.

2. April. Temperatur normal. Kopf- und Halsschmerzen verschwunden.

4. April. Angina follicularis geheilt. Die Haut schuppt noch an einzelnen Stellen unbedeutend ab. Alle subjektiven Erscheinungen sind geschwunden. Patientin wurde entlassen.

Konnte man noch anfangs, nach Verordnung von Pulv. Doveri am 12. März, daran zweifeln, dafs wir es mit einem Arzneiexanthem zu thun haben, da uns einerseits die Beschaffenheit des aus dem Ambulatorium verabfolgten Pulvers nicht bekannt war (erst nach Einnahme des Doverschen Pulvers am 12. März erklärte die Patientin, dafs die ihr aus dem Ambulatorium verabfolgten Pulver ganz dieselbe Farbe und denselben Geschmack gehabt hätten), andererseits die erstmaligen Veränderungen der Haut von uns nicht von Beginn an beobachtet werden konnten, so kann doch nach Verordnung von Tinct. opii am 24. März kein Zweifel mehr bestehen, dafs wir es wirklich mit einem seltenen Fall von Idiosynkrasie gegen Opium zu thun haben. Thatsächlich ist die Diagnose eines Arzneiexanthems — nach Behrend, und wir schliefsen uns ihm hierin vollkommen an — nur dann absolut sicher, wenn der Ausschlag, der während des Gebrauchs eines Medikaments auftritt, von selbst wieder schwindet, sobald das Mittel ausgesetzt wird, und bei abermaliger Anwendung desselben wieder hervortritt. In unserem Falle wiederholt sich derselbe Symptomenkomplex mit aufsergewöhnlicher Regelmäfsigkeit dreimal, und zwar die zwei ersten Male nach Pulv. Doveri und das dritte Mal nach Opiumtinktur. Das Hervortreten des Ausschlages nach letztgenanntem Mittel beweist aufserdem, dafs lediglich das Opium das Exanthem hervorgerufen hat, denn der andere Hauptbestandteil des Pulv. Doveri — radix ipecacuanh. — wurde von der Patientin anstandslos vertragen, wie aus dem Verlauf der Krankheit ersichtlich ist. Somit haben wir es unzweifelhaft mit einem Opiumexanthem zu thun.

Es fragt sich nun, zu welcher der drei von Behrend aufgestellten Gruppen dieser Fall gehört. Bei näherer Betrachtung der drei Gruppen mufs man vorliegenden Fall zur dritten Gruppe zählen. Alle Arten dieser Gruppe verbreiten sich über gröfsere Teile der Hautoberfläche, haben einen akuten Charakter, setzen manchmal mit Schüttelfrost ein und werden in ihrem weiteren Verlaufe von Temperatur erhöhung begleitet. Sie erscheinen bald, gewöhnlich schon einige Stunden nach Anwendung des Mittels, jedenfalls aber erst nach stattgefundener Resorption desselben, dabei ist es gleichgültig, auf welchem Wege das Medikament resorbiert wird (nach

innerlichem Gebrauch, nach subkutaner Injektion nach Applikation auf Wundflächen u. s. w.). Wie bereits oben erwähnt, ist die Form des Ausschlages dieser Gruppe durchaus unabhängig von der physiologisch-therapeutischen Wirkung des Medikaments. Daher kommt es, daſs man dieselbe Form bei Anwendung verschiedener Arzneien beobachten kann und, umgekehrt, dieselbe Arznei bei verschiedenen Personen ganz verschiedene Exantheme hervorrufen kann. Diese Gruppe schlieſst

Fig. 1.

auch die in unserem Falle beobachtete Art von ausgedehnter Hautentzündung oder, wie Behrend sie nennt, Dermatitis medicamentosa diffusa ein. Diese Form wird nach Behrend durch diffuse Röte der ganzen Hautoberfläche oder gröſserer Teile derselben charakterisiert; sie ist meist von Anschwellung der Haut begleitet und hinterläſst ausgedehnte Abschuppung der Epidermis. Der Ausschlag setzt sich entweder aus dicht bei einanderstehenden stecknadelkopfgroſsen roten Stippchen zusammen und ist dann dem Ausschlage bei Scharlach sehr ähnlich, oder er nimmt

das Aussehen eines erysipelatösen Ausschlages an, wobei die Haut gespannt und geschwollen erscheint und die normalen Furchen derselben sich ausgleichen. Somit weist die Dermatitis diffusa zwei Formen auf, von denen Behrend die eine wegen ihrer Ähnlichkeit mit Scharlach Scarlatina medicamentosa, die zweite aber Erysipelas medicamentosum nennt. Unser Fall gehört, wie aus der vorher gehenden Beschreibung ersichtlich, zur zweiten Art. Die Röte hatte grofse Ähnlich-

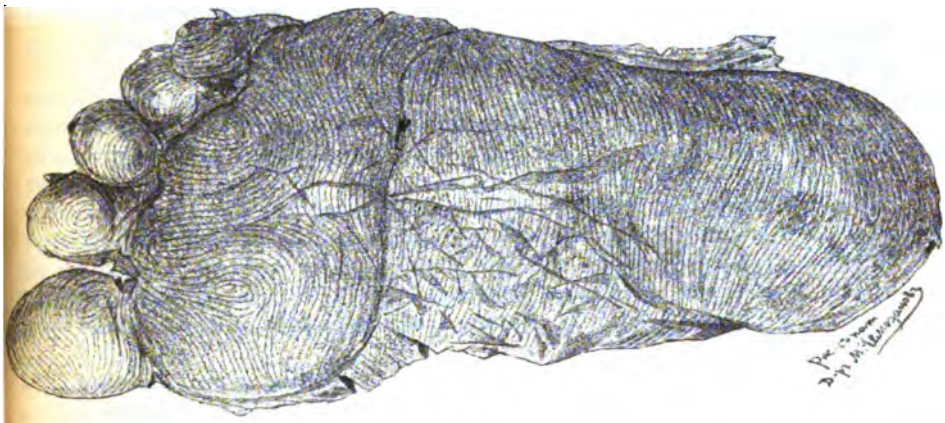


Fig. 2.

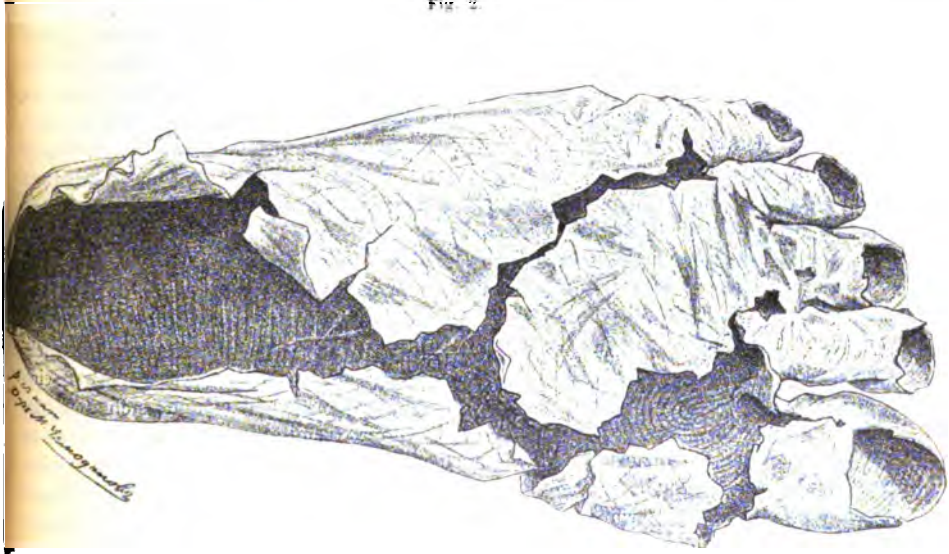


Fig. 3.

keit mit der erysipelatösen und war von Anschwellung der Haut begleitet. Letztere war besonders bemerkbar im Gesicht, wo sie, wie auch an anderen Stellen, zum Verschwinden der normalen Hautfurchen führte. Die Entzündung ergriff jedesmal die ganze Hautoberfläche, ausgehend vom Gesicht und sich schnell weiter verbreitend nach unten über den Rumpf und die Extremitäten. Die Röte und Schwellung der Haut zeichneten sich durch besondere Intensität aus. Hieraus erklärt sich auch die besonders starke Abschuppung in unserem Falle, wobei die Epidermis sich an vielen

Stellen in toto ablöste, besonders an Händen und Füfsen, wie es auf den beigefügten Abbildungen (Figg. 2 und 3) zu sehen ist. Von der Intensität der Abschuppung am Rücken giebt Fig. 1 eine Vorstellung.

Nach BEHREND wird der Ausschlag bei seinem Hervortreten von intensivem Brennen, Stechen und heftigem Fieber begleitet, welch letzteres mit starkem Schüttelfrost einsetzen kann; dabei ist die Zunge belegt, Übelkeit tritt ein, bisweilen erschwertes Atmen, Brennen im Halse, Kopfschmerz, bisweilen auch Delirium. In KÖBNERS[3] Fall stieg die Temperatur bis zu 39,8°. In unserem Falle konnte die Temperatur während des ersten Ausschlages leider nicht beobachtet werden, beim zweiten Ausschlage erreichte sie die Höhe von 38,3° und beim dritten von 38,0°. Das Auftreten des Ausschlages war jedesmal von Schüttelfrost begleitet, welchem Hitze nachfolgte, sowie von Kopfweh, namentlich in Stirn und Schläfen, einem Gefühl von Brennen und Spannung in der Haut. Aufserdem wurden Appetitlosigkeit, starker Durst, Trockenheit im Munde und belegte Zunge beobachtet. Auch konnte unzweifelhaft Mitaffektion der Schleimhäute konstatiert werden. Die Mund- und Rachenschleimhaut erschien jedesmal mehr oder weniger hyperämisch, wobei diese Hyperämie gleichzeitig mit der Hyperämie der Haut erschien und verschwand. In dem von uns bereits citierten sehr lehrreichen KÖBNERschen Falle erschien die Schleimhaut der hinteren Rachenwand dunkelrot, von zahlreichen erweiterten Gefäfsen und ein wenig Schleim bedeckt.

Wegen seiner Seltenheit und einiger Besonderheiten seines klinischen Bildes hat dieser diffuse Arzneiausschlag öfters Veranlassung zu falscher Diagnose gegeben. Nicht uninteressant in dieser Beziehung ist der Fall von J. NEUMANN[4], wo ein diffuses Chininexanthem von den Ärzten anfangs für Scharlach, später aber, da der Verlauf doch abweichend von letzterer war, für Erysipel angesehen wurde. In KÖBNERS Fall, wo der Ausschlag ebenfalls nach Chinin auftrat und die Temperatur die Höhe von 39,8° erreichte, diagnostizierte der behandelnde Arzt auch Scharlach, um so mehr, als sich bei der Kranken starke Angina, wenn auch ohne Belag, einstellte. BEHREND[5] meint nun, dafs die grofse Ähnlichkeit der Scarlatina medicamentosa mit Scharlach ohne Zweifel oft zu Verwechselungen Veranlassung gegeben hat, und findet hierin die Erklärung für die vielfachen Mitteilungen über drei- und viermalige und noch häufigere Erkrankung an Scharlach bei derselben Person.

Die meisten bisher beschriebenen Fälle von Dermatitis medicamentosa diffusa wurden nach Chinin beobachtet. Nach Opium (Morphium) haben solche beobachtet: BEHREND[6], BRAND, SILBERMANN u. a. In BEHRENDS Fall handelte es sich um ein scharlachähnliches Opiumexanthem, wobei der Ausschlag an der Brust sich auf eine dreieckige Fläche beschränkte, ausgehend von den Claviculae und sich bis zum unteren Ende des Brustbeines erstreckend. Die Extremitäten waren besonders an ihren Innenseiten affiziert. Der Ausschlag erschien nach 10 Pulvern Opium (zu 0,015). Er wurde in diesem Falle noch zweimal hervorgerufen, wobei jedesmal dieselben Teile affiziert wurden, doch die zwei folgenden Male waren die Erscheinungen von geringerer Intensität. Im *Lancet*[7] ist ein dem BEHRENDschen ähnlicher

[3] KÖBNER, Über Arzneiexanthem, insbesondere über Chininexanthem. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1877. No. 22, auch *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1877. pag. 576.

[4] J. NEUMANN, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 5. Aufl. Wien, 1870. pag. 163.

[5] L. c. pag. 261.

[6] G. BEHREND, Über ein diffus-entzündliches Opiumexanthem nebst Bemerkungen über die Pathogenese der Arzneiausschläge. *Berl. klin. Wochenschr.* 1879. No. 42, auch *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1880. pag. 328 ff.

[7] *Lancet*, 21. März, 1863. Ich citiere nach ZIEMSSEN, *Spezielle Pathologie und Therapie.* Bd. XV. Russ. Übers. nach der zweiten deutschen Auflage. 1880. pag. 487.

Fall beschrieben: Bei einer Dame, die zwei Tropfen Opiumtinktur eingenommen hatte, erschien nach fünf Stunden ein scharlachähnliches Exanthem im Gesicht, an Händen, Nacken, Hüften u. s. w.; zugleich stellten sich Schüttelfrost ein, und Patientin verlor für einige Zeit Gesicht und Gehör.

Was den Zeitraum anbetrifft, der zwischen Anwendung des Medikaments und dem Hervortreten des Ausschlages zu vergehen pflegt, so ist derselbe verschieden Im oben citierten Falle von Köbner (nach 0,1 Chinin) betrug derselbe drei Stunden, im eben erwähnten Falle aus dem *Lancet* dagegen (nach Opium) fünf Stunden; in unserem Falle zum erstenmal acht, zum zweiten und drittenmal nur sieben Stunden. Offenbar hängt die Länge der Zwischenzeit in jedem Falle von der Beschaffenheit des angewandten Medikaments ab, aber zum Teil auch von dem jeweiligen Zustande des Gastrointestinaltraktes. Jedenfalls ist es von Interesse, dafs bis zum Hervortreten der Hauterscheinungen eine verhältnismäfsig lange Zeit vergeht (5—8 Stunden). Im übrigen sind aus der Litteratur Fälle bekannt, in denen sogar nach Anwendung ungemein grofser Dosen Opium verhältnismäfsig lange Zeit bis zum Auftreten der Vergiftungserscheinungen verging. So citiert Taylor[8] einen Fall, wo der Vergiftete, der 1/2 Unze Opiumtinktur eingenommen hatte, sich noch zwei Stunden mit seinem Nachbar lebhaft unterhielt. Im Falle Noris[9] konnte ein Apotheker, der 75 Gran Morph. muriat. eingenommen hatte, bis zum Auftreten der Vergiftungserscheinungen noch einen anderthalbstündigen Spaziergang machen.

Dermatitis medicamentosa diffusa wurde bisher aufser nach Chinin und Opium noch nach folgenden Arzneien beobachtet: Chloralhydrat, Arsenik, Jodkalium, Digitalis, u. a. Prof. A. Pospelow[10] beobachtete einen Fall von Dermatitis medicamentosa diffusa, kombiniert mit vesikulösem Exanthem, nach äufserlichem Gebrauch von Teer bei einem Psoriatiker; auch in diesem Falle endigte der Ausschlag mit starker Abschuppung. Täglich löste sich über eine Unze Epidermis in Form von Schuppen ab, von den Füfsen aber in schwielenartigen Fetzen. Der Ausschlag wurde mehreremal durch wiederholten Gebrauch von Teer hervorgerufen.

Beachtungswert ist es, dafs solche diffuse Hautentzündungen bisweilen durch eine verhältnismäfsig geringe Quantität Arznei hervorgerufen werden. So im öfters citierten Falle von Köbner nach 0,01 Chinin. In dem im *Lancet* veröffentlichten Falle genügten zwei Tropfen Tinct. opii simpl., um eine Scarlatina medicamentosa hervorzurufen.

Behrend hat in Anbetracht des Auftretens diffuser Hautentzündungen nach Gebrauch ganz geringer Quantitäten Arznei, sowie infolge des bereits erwähnten Umstandes, dafs pharmakologisch ganz verschiedene Mittel dasselbe Arzneiexanthem hervorrufen können, die Vermutung ausgesprochen, dafs die Ausschläge dieser Gruppe nicht direkt durch das Medikament selbst hervorgebracht werden, sondern durch besondere erst im Blut unter dem Einflusse jener entstehende Substanzen, wahrscheinlich chemischen Charakters. Allein dieser Ansicht ist mehrfach widersprochen worden. So kam H. G. Brooke[11] in seinem Referat auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Berlin 1890 zu dem Schlufs, dafs zur Entstehung von Arzneiexanthemen unserer Gruppe es durchaus nicht nötig ist, zur Behrendschen Hypothese seine Zuflucht zu nehmen, denn die starke und ungewöhnliche Reaktion,

---

[8] Angeführt bei Ziemssen l. c.

[9] Ibidem.

[10] Dieser Fall wurde von Prof. Pospelow in der Moskauer physikalisch-medizinischen Gesellschaft den 14. Mai 1884 vorgestellt.

[11] H. G. Brooke, On Behrends division of drug rashes into specific and dynamic groups. *The British Journal of Dermatology.* 1890. No. 10. pag. 313ff, auch *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI. pag. 193ff.

mit welcher die Haut einer begrenzten Anzahl Personen auf gewisse Medikamente erwidert, erkläre sich leicht durch individuelle Eigentümlichkeit der Haut dieser Personen. Somit stellt Brooke der Behrendschen Hypothese eine andere gegenüber, indem er individuelle Eigentümlichkeiten der Haut annimmt. Die von Behrend aufgestellte Einteilung verliert nicht, wenn man auch zugiebt, dafs diese seine Hypothese nicht richtig ist. Behrend hat seine Einteilung, gestützt auf Thatsachen, vorgenommen. Wir glauben, dafs die Behrendsche Einteilung vorläufig beibehalten werden mufs, bis es uns gelingt, in die Pathogenese der Arzneiexantheme näher einzudringen.

Versammlungen.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung den 28. November 1892.

Prof. Caspary spricht über **Mycosis fungoides** im Anschlufs an einen vorgestellten Fall. Bei einer Dame von 38 Jahren stellte sich im Jahre 1887 heftiges Jucken ein. Die ersten sichtbaren Hauterscheinungen traten im Jahre 1889 in Gestalt roter und verdickter Stellen auf, die sich über den ganzen Körper ausbreiteten, schwanden und wiederkamen. Eine in einem Krankenhause vorgenommene antiluetische Kur war erfolglos. Seit dem Frühjahr dieses Jahres ist unter Arsengebrauch eine nicht unwesentliche Besserung des Juckens und der objektiven Veränderungen eingetreten. Zur Zeit sieht man zum Teil ekzematoide, zum Teil erhabene, von Kreisbögen begrenzte etwas mit Schuppen bedeckte Infiltrationen. Die Form dieser, im Verein mit ausgedehnten Lymphdrüsenschwellungen, der Betheiligung von Palma manus und Planta pedis, einer kongenitalen Verdickung der Tibia lassen die Verwechselung mit Syphilis begreiflich erscheinen. Eigentliche Fungi sind noch nicht aufgetreten, und befindet sich die Patientin also im prämykotischen Stadium. — Der Blutbefund ist normal. — Als charakteristisch für die Mycosis fungoides bezeichnet C. das gemischte Auftreten von erythematösen, leicht ekzematoid werdenden Stellen, von derben Infiltraten, von eigentlichen fungösen Gebilden und von Rückbildungsprodukten aller dieser Krankheitserscheinungen. Der eigentlichen Erkrankung gehe oft jahrelang quälendes Jucken voraus, jedoch trete dasselbe in manchen Fällen auch in den Hintergrund. Die Dauer sei oft eine sehr langwierige; sobald aber erst Fungi zu wuchern und zu zerfallen beginnen, komme es bald zur Kachexie der bei Ausbreitung über den ganzen Körper in höchstem Mafse jammervollen Kranken. Das prämykotische Stadium könne viele Jahre dauern. — Betreffs der anatomischen Grundlage der Mycosis fungoides kann C. nach an excidierten Stückchen vorgenommenen Untersuchungen nur sich denjenigen anschliefsen, die das Leiden zu den Granulationsgeschwülsten zählen; es finden sich in den oberen Schichten des Corium zahlreiche Zellen eingelagert, so dafs allerdings ein an Sarkom erinnerndes Bild erscheint. Von Mikroorganismen konnte C. nur Staphylokokken finden, die jedenfalls zu dem Leiden in keinem ursächlichen Verhältnis stehen. — Prof. Nauwerk erklärt sich auch auf Grund mehrerer Untersuchungen für Granulationsgeschwülste, nicht für Sarkom.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Juli 1892. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 32.)

Quinquaud fand Unnas specifischen **Bacillus des weichen Schankers** in allen Fällen, und zwar in den Lymphräumen der Haut; derselbe ist zu färben mit Phenylblau. Es ist ein kleiner, in Ketten gelagerter, an beiden Enden abgerundeter Bacillus, der keine Kulturen giebt.

Paul Reymond hatte bei **Alopecia** aufser mit interstitiellen Sublimatinjektionen und Waschungen mit Kaneeltinktur (Busquet) die besten Erfolge mit einer Kombination antiseptischer und excitierender Substanzen.

Hallopeau glaubt, dafs das **Eccema seborrhoicum** wie die Pityriasis rubra pilaris mit einer vermehrten Ausscheidung oder Veränderung der Fette im Organismus zusammenhängen. Zusatz von Fett und Kohlenhydrat ist in solchen Fällen zu vermehren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Krankendemonstrationen, von Kaposi, in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 25. November 1892. (*Wien. klin. Woch.* 1892. No. 48.) **Ichthyosis hystrix** bei einem 6jährigen Mädchen von so eigentümlicher Form, dafs der Fall wohl ein Unicum ist. An der Flachhand und der Fufssohle dicke, rissige, warzige Hyperkeratose; am Stamme, den Extremitäten, den Ohrmuscheln durchweg $^1/_2$—$1^1/_2$ cm lange Auswüchse, die sehr Vogelfedern ähneln, da sie aus einem von Cutis und subkutanem Gewebe gebildeten Stiele und einer in gefiederter Form sich anreihenden büschelförmigen Hornzellenauflagerung bestehen. Die Auswüchse stehen zu Hunderten disseminiert oder so über den Schulterwinkeln, der Sakralregion, den Nates in dichten Büscheln nebeneinander, dafs das Bild von kleinen Flügeln entsteht. Kaposi bezeichnet diese Form als Ichthyosis hystrix pterygoides s. plumiformes.

Ein Patient, an dem zu finden ist:

a) **Naevus pigmentosus** spilus et mollusciformis an den linken Nates; *b*) kreuzer- bis thalergrofse reine **Pigmentmäler** und zahllose Lentigines neben dem ganzen Stamm und auf den Extremitäten; *c*) zahlreiche **Fibrome** und Molluskumknoten. Kaposi findet diesen Fall sehr instruktiv für die Auffassung der genetischen Zusammengehörigkeit aller angeborenen, atypischen Bildungen des Pigments, des Papillarkörpers und des embryonalen, subpapillaren Bindegewebes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Ergänzungsheft II, 1892.

I. **Syphilis des Nasenrachenraumes**, von Dr. Gerber.

Während die anschliefslichen Erkrankungen des Nasenrachenraumes nur selten ernsterer Natur sind, ist dies bei denjenigen Krankheitsprocessen, welche in Allgemeinerkrankungen (wie Diphtherie, Tuberkulose, Syphilis) ihre Ursache haben, nicht der Fall. Über das isolierte Vorkommen der Syphilis im Nasenrachenraume wird in der Litteratur nur wenig berichtet, vielfach wird die Möglichkeit, dafs die Syphilis sich ausschliefslich auf den Nasenrachenraum beschränken kann, bestritten. Verfasser beschreibt einige Fälle aus seiner Praxis und fügt der Beschreibung sehr naturgetreue, äufserst instruktive Abbildungen bei.

II. **Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Muskelentzündung (Myositi syphilitica)**, von Dr. NICOLAUS OSTERMAYER, Budapest.

Die Myositis syphilitica ist nach den Angaben französischer Autoren und angesichts der geringen kaukasischen Litteratur ein seltenes Vorkommnis. Dies ist vielleicht nur scheinbar der Fall, da ein grofser Teil des diesbezüglichen Materials in die Behandlung der Chirurgen kommt, denen die ohnedies schwierige Diagnose der Myositis nicht ganz geläufig sein mag.

Verfasser hat unter 15 Fällen gummöser Erkrankung des Bewegungsapparates und der Hautdecken 5 Fälle von Myositis syphilitica feststellen können. Die Krankheit tritt im tertiären Stadium, selten vor dem dritten Jahre post infectionem auf.

VIRCHOW unterscheidet zwei Formen der Myositis syphilitica: die fibröse oder diffuse und die gummöse oder cirkumskripte. In beiden Formen handelt es sich um kleinzellige Infiltrationen entzündlicher Natur im Perimysium; bei der ersteren ist das ganze Bindegewebe des Muskels, bei der letzteren nur circumskripte, hier und da zerstreute Stellen befallen. Durch Wucherung der entzündlichen Bindegewebsneubildung werden die Muskelfibrillen auseinandergedrängt, quellen auf und zerfallen. Nach Resorption der degenerierten Muskelmasse bleibt an Stelle des Muskels ein narbiger, fibröser Strang zurück, in welchem Einlagerungen von knorpeligen Partien oder Verkalkungen vorkommen können. Die Muskelgummata können aber auch erweichen, nach der Oberfläche durchbrechen, Ulzerationen veranlassen und teils nach Elimination, teils nach Resorption des krankhaften Gewebes mit einer Hautmuskelnarbe heilen. — Verfasser hat noch eine dritte durch Kombination der obigen beiden entstandene Form beobachtet. Dieselbe kommt dadurch zu stande, dafs in dem diffus ergriffenen Muskel an einer oder an mehreren umschriebenen Stellen das Gewebe der syphilitischen Neubildung eine Verdichtung und Überwucherung erfährt, wodurch diese Stellen bretthart werden und dem Tastsinn leicht zugänglich sind. Diese dritte kombinierte Form ist bisher nicht beschrieben.

Verfasser beschreibt im folgenden drei Fälle aus seiner Praxis, welche die kombinierte Form erläutern sollen. Von besonderem Interesse ist bei zweien dieser Fälle, dafs der Musculus triceps brachii von Syphilis befallen war.

Zwei weitere Fälle von Muskelsyphilis mit ausgedehnten Zerstörungen werden angeführt, von denen der eine das überaus seltene gleichzeitige Auftreten von recenten Syphiliserscheinungen und einer Myositis syphilitica aufweist. —

III. **Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers**, von Dr. T. TRZCINSKI, Warschau.

Verfasser schliefst sich der Ansicht LETZELS an, dafs die Häufigkeit der Urethritis posterior 92,5% aller Trippererkrankungen beträgt. — Nach den Mitteilungen von HEISLER trat bei erstem Tripper eine Urethritis posterior im Laufe der

I.	Woche	in	20 %
II.	„	„	34 „
III.	„	„	14 „
IV.	„	„	20 „
VI. u. VII.	„	in je	2 „

der beobachteten Fälle auf. HEISLER zog dann aus seinen Beobachtungen den Schluſs, dafs die Gonorrhoea posterior keineswegs als eine Komplikation der Gonorrhoea anterior, sondern als eine natürliche und beinahe zwangsmäfsige Folge, gleichsam als ihre klinische Fortsetzung anzusehen sei.

Im folgenden bespricht Verfasser in aufserordentlich anregender Weise die verschiedenen Methoden zur Bekämpfung des chronischen Trippers, verwirft im allgemeinen diejenigen, welche, wie die GUYONschen Instillationen, die Abortivkuren,

die endoskopischen und elektroendoskopischen Methoden mit starker Reizung der Harnröhrenschleimhaut verbunden sind und in den meisten Fällen nur den Entdeckern Erfolge gebracht haben. — Verfasser selbst wendet seit 6 Jahren die auf dem Strafsburger Ärztekongresse (und neuerdings auf dem II. internationalen Dermatologen-Kongresse in Wien, Ref.) von NEISSER empfohlene, vom Verfasser etwas modificierte Behandlungsmethode mit gutem Erfolge an. Wenn das akute Stadium der Gonorrhoe abgelaufen, wenn eine Urethritis posterior gleich im Beginne festgestellt ist, dann wendet Verfasser tägliche Einspritzungen von Höllenstein-Lösungen 1 : 6000 und 1 : 10000 an und bedient sich hierzu der gewöhnlichen GUYONschen Spritze, in der jedoch der Stöpsel sich nicht mit Schraubengewinde bewegt, sondern einfach geschoben wird, und eines elastischen Katheters filiforme mit Olive am Ende. Der Katheter wird vorher mit in Sublimatlösung (1 : 500) getauchter Watte und dann mit trockener Watte abgewischt. Die Irrigationen werden unter Berücksichtigung etwaiger Reizungen der Harnröhrenschleimhaut täglich vorgenommen. Verfasser betrachtet den Kranken als genesen, wenn früh morgens aus der Harnröhre ein Tropfen einer absolut klaren, durchsichtigen Flüssigkeit sich ausdrücken läfst und wenn der Morgenharn höchstens einige Flocken enthält. Diese Flocken bestehen aber nur aus abgeschürften Epithelzellen und Schleim.

Dies ist die Behandlung eines Trippers, den man vom Anbeginn des akuten Stadiums an beobachtet. Aber auch bei sehr veraltetem Tripper hat Verfasser mit möglichst schwachen Lösungen (1 : 10000), durch Monate hindurch fortgesetzt, gute Resultate erzielt.

Am Schlusse seines anziehenden und sehr beherzigenswerten Vortrages giebt TRZCINSKI die Methode an, nach der im Warschauer Spital eine gonorrhoische Epididymitis behandelt wird.

IV. **Über das für Ulcus molle specifische Mikrobion,** von R. KREFTING, Christiania.

Über die Virulenz des Schankervirus hat namentlich BOECK in Christiania genaue Beobachtungen angestellt und die Ergebnisse derselben in mehreren Arbeiten niedergelegt. Obwohl vom Standpunkte des Unitarismus ausgehend, hat BOECK dennoch eine Reihe für die Kenntnis des Schankervirus dauernd wertvoller Beiträge geliefert. Auch einem Contagium vivum hat BOECK seine Aufmerksamkeit zugewandt, ohne indessen, wie verschiedene Autoren vor ihm und nach ihm, zu positiven Resultaten zu gelangen.

Was den Buboeiter betrifft, so steht fest, dafs derselbe nicht immer in demselben Grade überimpfbar ist, wie die Materie von Ulcus molle. Hieraus kann man schliefsen, dafs es nicht immer ein gleichartiger Krankheitsprocefs ist, sondern dafs es wenigstens 2 Arten von Bubonen infolge von Ulcus molle giebt. STRAUSS hat wiederholentlich Inokulationsversuche mit Buboeiter angestellt, jedoch stets negative Resultate erhalten. Daraus schliefst er, dafs der Buboeiter niemals virulent ist, und dafs es nur eine Art von Bubonen infolge von weichem Schanker giebt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs bei diesen wie bei den Untersuchungen anderer Autoren die mangelnde bakteriologische Technik an den negativen und vielfach differierenden Resultaten schuld ist.

Der Erste, welcher mit den der modernen bakteriologischen Technik zu Gebote stehenden Mitteln den für Ulcus molle specifischen Mikroorganismus gefunden zu haben glaubte, ist ein Italiener DE LUCA. Nach seiner Ansicht entsteht der einfache Bubo, wenn nur gewöhnliche, pyogene Bakterien in die Lymphbahnen einwandern, während der ulceröse durch Einwanderung des für Ulcus molle pathogenen Mikrococcus entsteht, aber erst wegen der aërobischen Eigenschaften desselben nach Eröffnung schankrös wird.

AUGUST DUCREY fand nur im reinen Virus von Schankerpusteln einen eigentümlichen Mikroorganismus, kurz und dick mit abgerundeten Enden, während der

Buboneneiter weder diesen noch andere enthielt. Nach Ducreys Ansicht giebt es nur einen einfachen, inflammatorischen Bubo nach weichem Schanker.

Die Untersuchungen und Versuche, die Verfasser an 14 Klinikpatienten und 9 Privatpatienten vorgenommen hat, ergaben Resultate, welche sich mit den Befunden Ducreys zumeist deckten. Krefting fand in allen mit dem Inhalte von Inokulationspusteln hergestellten Präparaten: „Bacillen, 1,50—2 μ lang; 0,50—1 μ breit, kurze und dicke mit abgerundeten Enden und sehr oft mit einem Eindruck in der Mitte. Der Eindruck erschien an einzelnen undeutlich, aber der gröfste Teil erinnerte in ihrer Form an Manuale. Sie zeigten oft eine weniger stark gefärbte Partie in der Mitte. Man sah sie teils in Gruppen von 5—6 oder mehr um den Kern herum im Protoplasma selbst, teils lagen oft 2 oder einzelne isolierte Bacillen im Protoplasma. Zwischen den Zellen lagen sie gewöhnlich nur einzeln.“ Die Bacillen befinden sich zumeist in den Eiterzellen und gehören gleichsam zu ihnen. — Züchtungsversuche mit dem Bacillus fielen negativ aus. — Verfasser fand den Bacillus im Sekret aus einem virulenten Bubo, sowie in den mit Sekret aus demselben hervorgerufenen Inokulationspusteln. Im nicht virulenten Buboeiter dagegen konnten niemals Mikroorganismen irgend welcher Art nachgewiesen werden.

Verfasser teilt im folgenden eine Anzahl von Observationen mit, welche die von den meisten Syphilidologen angenommene Einteilung der Bubonen in nicht virulente oder einfache und virulente oder schankröse bestätigen sollen.

Am Schlusse seiner Abhandlung fafst Kr. das Resultat seiner Untersuchungen in nachstehenden Sätzen zusammen:

1. In Inokulationspusteln, welche von Ulcus molle herrühren, können die beschriebenen Bacillen stets nachgewiesen werden; meistens ohne Verunreinigungen.

2. Diese Bacillen können nicht in den gewöhnlich gebrauchten Nährsubstraten gezüchtet werden.

3. Die Bacillen lassen sich nachweisen in virulentem Buboeiter (frisch geöffneter Bubo) und in Pusteln, welche durch Inokulation eines solchen Eiters hervorgerufen werden.

4. In Buboeiter aus nicht virulenten Bubonen finden sich die Bacillen dagegen nicht, auch nicht die anderen Bakterienformen = Eiter ohne Bakterien.

5. Die Beweisführung für die Specifität kann nicht weiter geführt werden, solange es nicht gelingen will, den Bacillus isoliert zu züchten. Die ausschliefsliche Entwickelung der Bacillen ohne jede weitere Verunreinigung in den Inokulationspusteln hat annähernd den Wert einer Reinkultur.

Was die Bubonenfrage betrifft, so zieht Kr. aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Bubonen als Folge von Ulcus molle sind entweder einfache, nicht virulente (die häufigsten) oder virulente schankröse.

2. Es ist unrichtig, anzunehmen, wie einige Autoren es thun, dafs ein nicht virulenter Bubo jemals von selbst sollte virulent werden können, selbst wenn er sich öffnet, vorausgesetzt, dafs man ihn vor möglicher Infektion von aufsen abschliefst.

3. Die Behandlung der nicht virulenten Bubonen mit wiederholten Punktionen und Kompressionsbandage bringt dieselbe schnell zur Rückbildung.

V. Über die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welanderschen Methode, von Theodor Spietschka, Prag.

Man kann die Mafsnahmen zur Behandlung der venerischen Bubonen in direkte und indirekte unterscheiden. Bei der ersteren sucht man entweder durch operative Entfernung der Drüsen oder Eröffnung des Drüsenabscesses oder durch Ein-

führung von Medikamenten in die Drüsen selbst eine Heilung zu erzielen, bei den letzteren wird durch äufserliche Mittel die Resorption zu erreichen gesucht.

Die indirekten Behandlungsmethoden wurden an Prof. Picks Klinik nur in jenen Fällen methodisch angewendet, wo die Bubonen eine nicht zu grofse Ausdehnung gewonnen hatten und wo eine eiterige Schmelzung noch nicht nachweisbar war. Zuerst wurde absolute Ruhe verordnet und für eine ordentliche Entleerung des Darmes, sei es durch Eingiefsungen von lauem Wasser oder durch ein Laxans, gesorgt.

Von äufseren Mitteln kamen Umschläge mit Aq. Goulardi in Anwendung.

℞ *Aluminis crudi pulv.* 3—5
Plumbi acetici bas. solut. 25,0
Aq. dest. 500,0.

Mit dieser Flüssigkeit wurde Wundwatte getränkt, so weit ausgedrückt, bis sie nicht mehr tropfte, sodann auf die Geschwulst aufgelegt, durch Wachsbattist gedeckt und das Ganze durch einen Druckverband befestigt. Der Verband wurde alle 2—5 Tage gewechselt. Etwaige Ekzeme, welche unter dem feuchtwarmen Verbande auftraten, wurden leicht durch Streupulver oder Zinklinimente beseitigt. Diese Mafsnahmen zeigten sich besonders vorteilhaft bei Drüsenanschwellungen infolge von Urethritis.

Bei Drüsenanschwellungen nach Sklerosen und indurierenden Geschwüren, wie auch nach specifischen Geschwüren wurden lokale Inunktionen mit Unguent. hydrargyri ciner. mitius in der Weise vorgenommen, dafs täglich einmal, und zwar abwechselnd an der Unterbauchgegend und der Vorder- und Innenfläche der Oberschenkel, 4 g dieser Salbe gleichmäfsig und vollkommen verrieben wurden. Bei Empfindlichkeit der Haut, namentlich bei stark behaarten Personen zwangen häufig die auftretenden Ekzeme und Follikulitiden zum Aussetzen der Inunktionen. —

War bereits Vereiterung der Drüsen eingetreten, die darüberliegende Haut aber noch gut erhalten, dann wurde die Haut in der ganzen Ausdehnung der Fluktuation gespalten, das erkrankte Gewebe von der Höhlenwand mit dem scharfen Löffel entfernt. War bereits stark livide Verfärbung oder gar schon eine Perforation der deckenden Haut eingetreten, so wurde ein spindelförmiges Hautstück entfernt, dann die Auslöffelung vorgenommen. —

Die Operation wurde zumeist in der Chloroformnarkose, oder auch unter lokaler Kokainanästhesie nach vorheriger gründlicher Reinigung der erkrankten Partien mit Äther und Sublimatlösung und nach Abrasierung der darauf befindlichen Haare vorgenommen.

Die Wundhöhle wurde nach erfolgter Auslöffelung mit warmer Sublimatlösung 1:1000 ausgespült und sämtliche in der Flüssigkeit flottierenden Gewebsfetzen mit der Schere abgetragen, etwa noch blutende Gefäfse wurden durch Unterbindung oder Abdrehung zur Ruhe gebracht, dort, wo die Wundränder stark klafften, eine partielle Naht angelegt. — Die weitere Behandlung geschah mittelst des Jodoformverbandes, zuweilen noch unter Anwendung des Argent. nitric.-Stiftes, namentlich wenn die Überhäutung langsam fortschritt. — Nur ganz ausnahmsweise kamen schwerere Unfälle bei diesen operativen Mafsnahmen vor.

Die mittlere Heilungsdauer der operierten Fälle betrug 42,5 Tage. Nur 22,3% der Fälle sind mit indirekten Mafsnahmen und ohne besonderen Eingriff zur Rückbildung gekommen. — Die Heilungsdauer betrug hier durchschnittlich 18,4 Tage.

Die Welandersche Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoicum kam auch bei schon eiterig geschmolzenen und fluktuierenden Adenitiden in der Weise modificiert in Anwendung, dafs an mehreren Punkten des Tumors eine gröfsere

Menge, bis drei, selbst vier Spritzen injiciert und die Injektionen, wenn notwendig, öfter wiederholt wurden. Trat nach einigen Tagen keine Resorption der Flüssigkeit ein, so wurde die Abscefshöhle durch einen kleinen Stich eröffnet, jeden zweiten oder dritten Tag mit einer Sublimatlösung (1‰) gut ausgespült und darüber ein mäfsiger Druckverband mit essigsaurer Thonerde angelegt. — Es wurden so 62 Patienten in der Klinik behandelt. Bei 23 genügten die Injektionen allein, um die Adenitis zur Heilung zu bringen. Bei 13 wurde aufserdem der Inhalt der Geschwulst durch eine mittelst des Skalpelles angelegte kleine Öffnung entleert. Bei 26 Fällen wurde nach der Injektion zur Operation geschritten, oder wurden die Injektionen noch nach der Operation vorgenommen.

Verfasser beschreibt im folgenden die Krankengeschichte der mit Hydrargyrum benzoicum behandelten Fälle und den Verlauf nach den Injektionen. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 30,66 Tage.

Der Welanderschen Methode sind, trotzdem die Heilungsdauer nicht viel kürzer ist, als bei anderen, dennoch manche wesentliche Vorteile nicht abzusprechen. Erstens läfst sich bei einer Anzahl von Fällen jeder operative Eingriff vermeiden; bei einer zweiten Anzahl beschränkt er sich auf einen kleinen Einstich; kommt es aber doch zu einem gröfseren Eingriffe, so wird derselbe dadurch vereinfacht, dafs sich die flüssigen und nekrotischen Massen sehr leicht und schnell entfernen lassen, wobei die Wundheilung in ganz gleicher Weise verläuft, wie wenn eine radikale Exstirpation gemacht worden wäre. Schliefslich bleiben dem Patienten eine Zahl von Lymphdrüsen erhalten, die er bei der Operation sicher verlieren würde. Damit werden auch die zurückbleibenden häfslichen Narben meistens vermieden.

VI. **Hereditäre Neigung zu traumatischer Blasenbildung (Epidermolysis bullosa hereditaria)**, von Carl Blumer, Mühlehorn (Schweiz).

Verfasser beschreibt ausführlich 7 Fälle der Krankheit, welche in demselben Familienkreise (Dürst) vorgekommen waren. Zur Charakterisierung dieser interessanten Hautaffektion teilen wir den ersten Fall näher mit.

Er betrifft ein 7jähriges Mädchen, das, zur richtigen Zeit und gut entwickelt geboren, seit seiner frühesten Kindheit an spontanen Blaseneruptionen leidet. Dieselben treten während der wärmeren Jahreszeit (Frühling und Sommer) stärker auf und befallen namentlich solche Körperstellen, welche der Reibung von rauher Kleidung oder einem längeren Drucke ausgesetzt waren. So entstanden beispielsweise Blasen beim Halten des Schreibgriffels, der Stricknadeln etc. Besonders häufig wurden die Füfse ergriffen. Die Blasen verursachen einen brennenden Schmerz, niemals Jucken. Die Gröfse wechselt zwischen Linsen- bis Walnufsgröfse.

Während die einen Blasen ein opakes Aussehen zeigen, sehen andere, so namentlich an den Fufssohlen, rot bis bläulichrot aus und entleeren beim Eröffnen eine blutige Flüssigkeit. Der Inhalt ist entweder serumartig oder eiterig oder blutig. Die Reaktion desselben ist mehr oder weniger alkalisch.

Mikroskopisch sieht man zumeist Eiterkörperchen, daneben auch gequollene Retezellen, Stücke von Zellprotoplasma oder Kernen.

Das Allgemeinbefinden des intelligenten, sehr lebhaften Mädchens ist zumeist, namentlich in der eruptionsfreien Zeit ein gutes. Wangen und Lippen desselben sind stets lebhaft gerötet, so dafs die Kleine den Eindruck blühendster Gesundheit macht. — Die epidermoidalen Gebilde, Zähne, Nägel zeigen keine wesentlichen Besonderheiten.

Verfasser bespricht sodann den Verlauf einiger Eruptionen, beschreibt eingehend die Entwickelung, Beschaffenheit, Wachstum, Eintrocknen der Blasen.

In therapeutischer Beziehung wurden Chinin, Eisen, Arsen, aber ohne

wesentlichen Erfolg versucht. Eine kräftigere Kost führte zwar eine Gewichtszunahme herbei, das Übel selbst schien sich indessen eher zu verschlimmern als zu bessern. Es kamen äufserlich Waschungen und Bäder in Anwendung, wobei ein Zusatz von Borsäure sich sehr vorteilhaft erwies. Die Blasen wurden, wenn sie „reif" waren, im Borsäure-Wasserbade geöffnet, gereinigt und mit einem Läppchen kräftiger Borsalbe bedeckt. Das Verfahren erwies sich ganz günstig; die Heilung wurde aufserordentlich beschleunigt.

Prophylaktisch wird in derartigen Fällen, neben peinlichster Reinlichkeit, desinficierenden Waschungen, mäfsig guter Ernährung, dem Patienten, wenn er noch jung ist, anzuraten sein, der Empfindlichkeit der Haut sowohl bei der Wahl der Kleider wie bei der Wahl des Berufes Rechnung zu tragen. Starkes Schwitzen mufs vermieden werden. —

In dem zweiten, vom Verfasser veröffentlichten Falle (Joh. Jacob Dürst, Vater des vorigen) ist von Interesse die Angabe, dafs der Patient auch Blasen in der Mundhöhle bekam, wenn er bei seinem Mangel an Zähnen feste Nahrung länger kauen mufste. — Wenn Blasen an den Füfsen entstanden, so zeigten sich die Inguinaldrüsen wiederholentlich geschwollen. Die Haut war im Sommer, zumal beim Schwitzen, sehr empfindlich, bei Verletzungen leicht und ziemlich stark blutend, ohne dafs Hämophilie konstatiert werden konnte.

Verfasser weist in einer beigefügten Stammtafel die erbliche Übertragbarkeit der Krankheit nach. Bis jetzt hat sich die Affektion durch 4 aufeinanderfolgende Generationen weiter vererbt und hat von 24 männlichen Nachkommen 11, von 12 weiblichen 5 betroffen.

Zur Frage der Ätiologie übergehend, teilt Verfasser mit, dafs er bei der kleinen Patientin (Fall I.) durch nicht zu starken reibenden Druck auf eine umschriebene Stelle des Fufsrückens innerhalb von 3 Minuten künstlich eine Loslösung der Haut herbeigeführt habe. Die Stelle, sich selbst überlassen, habe nach circa einer Stunde eine schöne, helle Blase erzeugt. Die Loslösung der Haut geht ohne jede Schmerzempfindung der Patientin vor sich. Da die Blase jedoch nicht immer in der Mitte der geriebenen Fläche, wo man sie erwarten würde, sondern oft genug näher dem Rande erscheint, so müssen nach Ansicht des Verfassers aufser dem reibenden Drucke noch andere ätiologische Momente auf diese Blasenbildungen einwirken. Hierbei kommen in Betracht Hautfalten und knöcherne Unterlagen.

Die Untersuchungen, ob die Epidermolysis mehr unter der Einwirkung auf die Hautgefäfse oder auf die Hautnerven entstehe, führten den Verfasser zu manchen interessanten Wahrnehmungen. Auf der mittelst Esmarchscher Binde blutleer gemachten unteren Extremität (Dorsum pedis) traten auf Reibeversuche die Epidermolysen ebenso rasch wie früher ein. Auf einer mit Kokain vollständig anästhesierten Stelle des Fufsrückens wurde die Lösung der Haut in der früher angegebenen Zeit wahrgenommen. Auch unter der Hypnose blieb die Epidermolysis nicht aus.

Gegen längeres Klopfen mit dem Perkussionshammer, gegen chemische Reize zeigte die Haut keine besondere Empfindlichkeit, dagegen lassen sich unter der Einwirkung der Wärme (im warmen Bade) sehr leicht Epidermolysen erzeugen. Gegen Kälteeinwirkungen ist die Haut weniger empfindlich.

Verfasser schildert im folgenden sehr ausführlich das histologische Bild von excidierten, frisch losgelösten Hautstückchen. Bezüglich der Ätiologie teilt er im allgemeinen die Ansicht von Klebs, dem ein frisches Präparat zur Beurteilung übersandt worden war. Danach handle es sich bei den vorliegenden Krankheitsfällen um ähnliche Verhältnisse an den Gefäfsen der Haut wie bei der Hämophilie. Beide Processe seien angeboren und ererbt und auf eine mangelhafte Ausbildung des

definitiven Zustandes der Blutgefäfse, den man als Dysplasia vasorum bezeichnen kann, zurückzuführen. Bei der Hämophilie komme es zur Blutung, bei der Epidermolysis zur Exsudation.

Am Schlusse der überaus interessanten Abhandlung findet die diesbezügliche Litteratur eine eingehende Berücksichtigung; die beigefügten Tafeln werden ausführlich erläutert.

VII. **Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers,** von Lindén, Helsingfors.

Verfasser hat sich bei seinen Untersuchungen folgende Fragen vorgelegt:

1. Wie schnell tritt das Quecksilber nach einer oder mehreren Injektionen im Urine auf?
2. Wie lange verbleibt es im Organismus?
3. Existiert bei der Ausscheidung desselben eine Regelmäfsigkeit?
4. Wie verhält sich die ausgeschiedene Menge des Quecksilbers zu der injicierten?

Zunächst findet die Litteratur eine Besprechung. — Die meisten Autoren haben ihre Untersuchungen mit einigen kleinen Änderungen nach der Ludwig Fürbringerschen Methode ausgeführt. Dieselbe besteht darin, dafs in 500 ccm Urin 0,25 g Lametta hineingethan wird. Der Urin wird auf 60—70° erwärmt und mufs dann längere Zeit stehen. Darauf wird er abgegossen, die Lametta wird in heifsem Wasser, Alkohol und Äther gewaschen, getrocknet und in ein Glasrohr gethan, dessen beide Enden zu Kapillarröhren ausgezogen sind. Wird nun die die Lametta enthaltende Mittelpartie der Röhre erwärmt, so sublimiert das Quecksilber an den Wänden der Röhre. Ein kleines Korn Jod wird in die Kapillarröhre gethan, und nach vorsichtiger Erwärmung bildet sich an der Röhre ein roter Ring von Quecksilberjodid.

Verfasser hat sich bei seinen Untersuchungen der Allménschen von Schillbeg modificierten, auch von Welander befolgten und beschriebenen Methode bedient, die neben der qualitativen annäherungsweise auch eine quantitative Schätzung des Quecksilbers gestattet. Die Methode wird im folgenden ausführlich angegeben.

Bei der Ausführung der Analysen wurde mit peinlicher Vorsicht verfahren, um mit Sicherheit Quecksilber aus anderen Quellen ausschliefsen zu können.

Zusammen sind 305 Untersuchungen über Quecksilber im Harne gemacht worden, davon 237 nach Injektion von Hg salicyl. oder Hg thymolo-acet., 8 nach Kalomelinjektionen, 32 nach interner Behandlung, 19 nach Inunktions- und 9 nach gemischter Behandlung.

Verfasser giebt im folgenden eine tabellarische Übersicht der gewonnenen Resultate. — Aus denselben geht hervor, dafs das Quecksilber nach einer einfachen Injektion von 0,1 oder 0,05 Hg salicyl. sehr schnell resorbiert wird, so dafs es schon nach einigen Stunden im Harne anzutreffen ist; die Quecksilbermenge steigt innerhalb der ersten 12 Stunden sehr schnell, so dafs grofse Quantitäten davon anzutreffen sind, hält sich während des ersten und zweiten Tages recht hoch, nimmt dann während der folgenden Tage wieder schnell ab und ist am Schlusse der ersten oder im Beginn der zweiten Woche aus dem Körper ausgeschieden.

Bei den Analysen nach mehreren Injektionen ist das Ergebnis während der ersten und zweiten Woche so ziemlich dasselbe, wie nach einmaliger Injektion. Dagegen trifft man Quecksilbermengen noch während der 6., 7. und 8. Woche nach beendigter Injektionskur an.

Das Quecksilber nach Injektion von Hg salicyl. wird im Verhältnis zur zugeführten Menge und ununterbrochen ausgeschieden, solange noch etwas im Organismus vorhanden ist.

Bei den Untersuchungen nach Kalomelinjektionen konnten, weil bereits ein sehr

langer Zeitraum nach der letzten Injektion verstrichen war, positive Resultate nicht gewonnen werden.

Bei der Inunktionsbehandlung tritt das Quecksilber weit später im Urin auf. Dasselbe konnte während der ganzen Behandlung und nach einer kräftigen Kur wenigstens noch 4 Wochen später nachgewiesen werden. — Bei der internen Behandlung zeigt sich das Quecksilber im Urin frühestens am fünften Tage.

Bei kombinierter Quecksilberbehandlung (Injektion von Kalomel oder Hg salicyl. kombiniert mit Inunktions- oder interner Behandlung) stimmen die Resultate in der Hauptsache mit denen nach einfacher Quecksilberbehandlung überein.

Die meisten Quecksilberpräparate verursachen bei Injektion in die Gewebe eine Eiweifskoagulation und rufen hierdurch eine bedeutende Reizung, unter Umständen umfangreiche Infiltrationen und Abscesse hervor. Aus diesem Grunde sollten nach Liebreich bei Quecksilberinjektionen nur solche Präparate gewählt werden, welche in den Geweben keine oder nur leicht lösliche Verbindungen eingehen. Diese Leichtlöslichkeit scheint das Hg salicyl. vor anderen Präparaten zu besitzen, da es, wie experimentell nachgewiesen, in keiner Koncentration Eiweifs zum Koagulieren brachte, wogegen es sich in Kochsalzlösung aufgelöst hält. Das Hg salicyl. wird durch das im Organismus vorhandene Chlornatrium wahrscheinlich in Lösung gebracht und hierdurch schnell resorbiert.

VIII. **Die Vereiterung der Lederhaut**, von Louis Heitzmann, New York.

Nachdem Cohnheims Emigrationstheorie zumeist verlassen ist, hat sich die Frage nach der Herkunft der Eiterkörperchen heute zu folgenden zwei Thesen zugespitzt:

a) Die Eiterkörperchen entstehen durch Proliferation der Gewebszellen allein.

b) Die Eiterkörperchen stammen sowohl aus dem freien Protoplasma der Gewebe, wie aus den Grund- und Kittsubstanzen derselben, nachdem letztere zu Protoplasma geworden sind.

Zu seinen Untersuchungen liefs H. die Präparate in $^1/_3$%iger Chromsäurelösung, welche die Gewebe nicht wesentlich verändert, härten, färbte die Schnitte in einer Lösung von ammoniakalischem Karmin und montiert in chemisch reinem Glycerin. In solchen Schnitten kann man ohne Schwierigkeit mittelst guter Immersions-Linsen den Entzündungs- und Vereiterungsprozefs in der Lederhaut deutlich zur Anschauung bringen. Über die Entzündung hat sich Verfasser bereits früher ausgesprochen. — Bei der Vereiterung der Lederhaut ist die eitrige Zerstörung entweder diffus und reicht bis an die Oberfläche heran, oder tritt in Gestalt von scharf begrenzten Abscessen wechselnder Gröfse auf. Mit dem zerstörenden Eiterungsprozefs kombiniert sich, wenn derselbe chronisch geworden ist, die Regeneration in der Umgebung der Eiterherde.

Unter dem Mikroskop zeigt die Peripherie des Abscesses eine Zone von Eiterkörperchen. Diese ist von einer Zone fibrillären Bindegewebes, der sogenannten Membrana pyogena umgeben. In der Peripherie der Membran sieht man wiederum diffuse, aber noch nicht zur Vereiterung gelangte Entzündungsherde.

Die Frage nach der Entstehung des Eiters beantwortet H. dahin: Der Eiter ist ein durch Entzündung zu Mark- oder Embryonalgewebe umgewandeltes Bindegewebe nach erfolgter Zerreifsung der früher verbundenen Markelemente. Er ist ein disintegriertes, aber keineswegs totes Gewebe. Jedes Eiterkörperchen bleibt lebend, wie die amöboiden Bewegungen frischer Eiterkörperchen zu Genüge beweisen. Die Kapsel um den Abscefs ist neugebildet und ähnlich wie die Lederhaut aus embryonalem Gewebe in der Weise entstanden, dafs eine Umwandlung des embryonalen Gewebes zuerst in myxomatöses, dann in myxofibröses, schliefslich in fibröses Gewebe stattfindet.

H. bespricht im folgenden den Vorgang der Granulationsbildung.

Seine Beobachtungen faſst H. dahin zusammen:

1. Die Eiterung ist der Ausgang einer intensiven akuten oder chronischen Dermatitis.

2. Das infolge der Entzündung zu embryonalem oder Markgewebe reducierte Bindegewebe der Lederhaut bleibt ein Gewebe so lange, als die Elemente untereinander durch zarte Fädchen lebender Materie verbunden bleiben.

3. Zerreiſsen die Fädchen, dann ist Eiterung eingetreten, und das entzündete Gewebe hat damit aufgehört, ein Gewebe zu sein.

4. Eiterkörperchen sind demnach isoliert gewordene Markkörperchen; sie bleiben unter günstigen Bedingungen lebend und amöboid.

5. Eiter ist das Produkt des entzündeten und zum Embryonalzustande zurückgekehrten Bindegewebes der Lederhaut, nach erfolgter Isolierung der Embryonalkörperchen.

6. In der Umgebung des Eiterherdes erfolgt die Neubildung aus dem Mark- oder Embryonalgewebe zunächst von myxomatösem, hierauf myxo-fibrösem und schliefslich fibrösem Bindegewebe, durch welches die Neubildung einer Kapsel der sogen. Membrana pyogena erfolgt.

7. Nach Entleerung des Eiters tritt eine lebhafte Neubildung von myxomatösem Granulationsgewebe auf, welches schliefslich zur Bildung einer Narbe führt.

8. Das myxomatöse Granulationsgewebe ist reichlich mit kapillaren Blutgefäſsen versehen. Die äufsere Peripherie des Granuloms bleibt im Zustande der Indifferenz, und durch den Zerfall dieses Embryonalgewebes und Isolierung zu einzelnen Protoplasmaklümpchen kommt es zu Eiterbildung an der Oberfläche der Granulationen.

9. Ist die Neubildung von Blutgefäſsen bei gleichzeitiger Neubildung von myxomatösem Gewebe reichlich, dann erfolgt rasche Heilung mit dem Ausgange in Narbenbildung.

10. Ist hingegen die Neubildung von Blutgefäſsen eine spärliche, kehren die schon gebildeten Gefäſse wieder in den Zustand des Markgewebes zurück, dann ist der Verlauf ein chronischer, nur langsam zur Heilung führender, und wird als Geschwürsbildung bezeichnet.

IX. **Kasuistische Beiträge zu den Entzündungen der Sehnenscheiden Schleimbeutel, Muskeln und peripheren Nerven im Verlaufe der Gonorrhoe,** von S. Róna, Budapest.

Verfasser beschreibt aus seiner Praxis eine Anzahl von Fällen, ohne denselben einen besonderen Kommentar hinzuzufügen. Eine Tendovaginitis gonorrhoica entstand in zwei Fällen, von denen der erste im Laufe einer Urethrocystitis gonorrhoica acuta eine Entzündung der Sehnenscheide des linken Extensor pollicis acquirierte.

Im zweiten Falle stellte sich im Verlaufe einer Urethritis totalis acuta, kombiniert mit Epididymitis, eine Entzündung der Sehnenscheiden des rechten M. ulnaris externus und des rechten M. extensor digiti minimi ein. — Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Funktionsstörungen, zuweilen auch Fieber waren die hervorstechendsten Symptome der Erkrankung.

Eine Bursitis gonorrhoica betraf einen jungen Techniker, bei dem sich während einer Urethritis totalis gonorrhoica acuta in Verbindung mit einer Prostatitis suppurativa eine Entzündung der beiderseitigen Bursae subcutaneae calcanei gleichzeitig mit einer Polyarthritis einstellte. Die hauptsächlichsten Symptome waren im Anfange Fieber und heftige Schmerzen an der unteren Fläche beider Fersen, welche den Patienten am Auftreten und Gehen hinderten. Später war die Plantarfläche beider

Fersen an einer thalergroſsen Stelle mäſsig geschwollen und auf Druck sehr schmerzhaft. Entzündungen beider Knie- und Fuſsgelenke traten erst nach der Entlassung des Patientin aus der Behandlung auf und wurden mit Natr. salicyl. in warmen Bädern beseitigt.

Eine Myositis gonorrhoica betraf zwei Fälle von Urethritis chronica. Im ersten Falle war die Fascia lata und der M. rectus cruris rechterseits, im zweiten Falle die Fascia lata und der M. rectus cruris linkerseits an einer circumskripten Stelle entzündet. Schmerzhaftigkeit, scharfbegrenzte, derbe, auf Druck empfindliche Infiltrationen unter der Haut, in der Fascia lata und in dem Muskel eingebettet waren die vorwiegendsten Anzeichen der Krankheit, welche mit Priesnitz-Umschlägen, warmen Bädern, Massage behandelt wurde und erst nach Wochen verschwand.

Eine Perineuritis gonorrhoica betraf zwei Fälle.

Im ersten Falle stellte sich während einer Urethritis totalis acuta eine Ischias utriusque lateris ein, die durch kontinuierliche, reiſsende, den beiden Foramina ischiadica majora entsprechende Schmerzen, die in die Oberschenkel ausstrahlten, charakterisiert war.

Im zweiten Falle trat während einer Urethritis totalis chronica kompliciert mit Epididymitis und Prostatis follicularis eine Ischias utriusque lateris ein.

Beide Fälle besserten sich auf Natrium salicylicum.

X. **Seit vier Jahren bestehender Pruritus universalis bei einem sechsjährigen Knaben,** von S. Róna, Budapest. (S. Referat Bd. XV. pag. 356.)

C. Berliner-Aachen.

Vorträge über die Urethritis chronica, von Horteloup, gesammelt von L. Wickham (Paris, G. Masson, 1892). — Der Gegenstand wird in vier Vorlesungen abgehandelt. Im ersten wird die Quelle der Urethritis chronica besprochen, als welche stets die Urethritis acuta betrachtet werden müsse. Es bedarf deshalb dieselbe, welche in drei Perioden zerfällt, auch der sorgsamsten Pflege. Mit Didat redet er der sogenannten Abortivtherapie (5% Argent. nitr. Injektionen) das Wort, vorausgesetzt, daſs sie rechtzeitig, d. h. in der ersten Periode (der Prodrome) zur Anwendung komme. Führt sie nicht zum Ziele, d. h. kommt es zur Ausbildung der anderen Perioden, so soll von ihrer weiteren Anwendung Abstand genommen werden. Das zweite, floride Stadium verlangt kaum andere therapeutische Eingriffe als diätetische Vorschriften, alkalische Vollbäder und lokale Antiphlogosen, Purgantien. Im dritten Stadium feiern die Balsamica (Copaiva und Kubeben gleichzeitig) ihre Triumphe. Die Injektionen hält er für gefährlich, zum mindesten für nutzlos.

Der zweite Vortrag behandelt die normale und pathologische Anatomie der Harnröhre, sowie die Urethroskopie;

der dritte die Ätiologie und Symptomatologie der Urethritis chronica. Bezüglich der ersteren figurieren unter den Ursachen, welche zur Entwickelung einer Urethritis chronica führen, die Tuberkulose resp. Skrofulose und — wie man es von einem französischen Autor nicht anders erwarten kann — der Arthritismus und Herpetismus, wie diese vasomotorische und trophische Neurose genannt wird; daneben Diätfehler und Excesse im akuten Stadium.

Die vierte Vorlesung ist gewidmet der Prognose, Diagnose und Therapie. Letztere zerfällt in eine vorbereitende: Diätetik, Beseitigung alltälliger Strikturen mittelst progressiver Dilatation bei frischeren, und Urethrotomia interna bei älteren, und in die Behandlung des Ausflusses. Auch wird der Methode von Harrison (Anlegen einer Perineal-Blasen-Fistel) Erwähnung gethan, worüber er zwar keine eigene Erfahrungen hat, die er aber für sehr rationell hält (?!). Was die speciellen Indikationen an-

belangt, so variiert die Behandlung je nachdem es sich handelt um eine Urethritis anterior catarrhalis (Ricordsche Injektion) oder sicca (Argentum nitricum) oder aber um Urethritis posterior (Instillationen von Argentum nitricum) oder um Urethritis anterior und posterior zugleich, um Urethritis posterior kombiniert mit neurasthenischen Störungen (kalte Bäder, Aufpinselungen von Argentum nitricum mit Hülfe des Urethroskops) oder endlich um chronische Urethritiden, deren Ursache in Allgemeinleiden (Tuberkulose etc.) oder in Eiterungen der Nachbarschaft (Drüsen der Urethra, Glandulae Cowperi, Hoden, Knochen etc.). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Harnröhrenstriktur, ihre Diagnose und Behandlung, erleichtert durch die Anwendung neuerer und einfacher Instrumente, von E. Distin-Maddick. Übersetzt von G. Noack.[1]

In der reichhaltigen Arbeit bespricht Verfasser zunächst die Ätiologie der Strikturen, die er in solche einteilt, welche durch einen infolge von falscher Diagnose eingeleiteten Katheterismus entstehen, sodann in solche, welche mit falschen Wegen kompliciert sind, und drittens in durch vernachlässigte und schlecht behandelte Gonorrhoe bedingte. Sodann schildert er den Gebrauch und Mifsbrauch von Bougie und Katheter, tadelt namentlich die unerlaubte Gewaltanwendung und Ungeschicklichkeit vieler Ärzte bei Behandlung der Strikturen. In dem Kapitel über den Katheterismus erörtert Verfasser an der Hand von Zeichnungen die anatomischen Verhältnisse der Harnröhre, beschreibt den Katheterismus und einige von ihm angegebene Instrumente, einen Konduktor mit centraler Durchbohrung für einen dünnen Gummikatheter und mit einer Anzahl excentrischer Lumnia für feinere Sonden oder Darmsaiten, welche, falls der Katheter die Striktur nicht passieren kann, die Durchgängigkeit ermöglichen sollen; ferner ein Gummiinstrument zur Behandlung von Strikturen, welches aus einem inneren Katheter mit Kopf und Hals, dessen Schaft jedoch dünner ist als letzterer, und einem dickeren äufseren besteht, der dem inneren vorn dicht angepafst ist. Bei Strikturen, welche sich, nachdem Kopf und Hals dieselbe passiert, für das ganze Instrument zu eng erweisen, schiebt man den dünneren Katheter für sich allein in die Blase, während die äufsere Hülse zurückgezogen wird. Endlich hat er die gewöhnlichen silbernen Katheter an der Spitze stärker krümmen assen, zur besseren Vermeidung der Bulbustasche. Die weiteren Kapitel handeln über spasmodische und permanente Strikturen, sowie deren Behandlung. Zur Erweiterung der letzteren und gleichzeitigen Bespülung der Schleimhaut benutzt er einen Drainagekatheter, dessen Einrichtung im Original nachzusehen ist. Überhaupt ist das auf Grundlage reicher Erfahrung niedergeschriebene und in flüssigem Stile übersetzte Buch zur Lektüre und Belehrung sehr zu empfehlen.

A. Strauss-Barmen.

---

[1] Tübingen, A. Mosersche Buch- und Antiquariatshandlung.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Bei chronischem Ekzem empfiehlt Patteson Kreolin, bei starker Sekretion zu Umschlägen, sonst zur Waschung mit nachfolgender Salbenbehandlung. Selbst in inveterierten Fällen soll Heilung darnach erfolgen. (*Dublin Journ. of Med. Science.* Juli 1892.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen Eccema vulvae empfiehlt Lusch:

Natr. bicarbon.	8,0	Morgens und abends zu waschen und dann zu pudern mit
Kal. bicarbon.	4,0	
Glycerin.	6,0	
Tinct. Op.	8,0	*Camphor.* 2,0
Aq. destillat.	250,0	*Amyl.* 98,0

(*L'Union méd.* 1891. No. 69.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Acne rosacea nach G. G. Stopford-Taylor. Strenge Diät. Heifse Getränke, Schweinefleisch, Kalbfleisch, komplizierte Mahlzeiten, Mixed-Pickles, Käse, Pasten, Alkohol sind zu meiden. Man lasse den Patienten beim Essen nicht trinken. In schweren Fällen eine Woche lang nur flüssige Diät, besonders wenn die Zähne schlecht sind. Suppen und Speisen sollen kühl genossen werden, um Kongestion des Magens zu verhüten. Salina zur Entlastung des Pfortadersystems. Bei reiner Zunge 3mal täglich 0,6—1,0 Bismuth. subnitr. — Lokal: im ersten Stadium Puder und milde Waschungen; im zweiten Skarifikation, Ausblutenlassen und Liquor ferr. sesquichlor. auflegen; im dritten Stadium Abschaben der Protuberanzen und Heilung der Wunden durch Granulationsbildung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, inokulable und mikrobiäre Affektion, von Charles Leroux. (Pariser Akademie der Medizin, den 25. Oktober 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 93.) 1. Die Impetigo ist kontagiös, man beobachtet sie zugleich bei 3—5 Kindern einer Familie. 2. Die Impetigo ist impfbar; unter 120 Impfungen 79 positive Resultate. Die Impfung gelingt oft bis in die sechste Serie. Wenn die Krankheit älter ist, verliert sie ihren kontagiösen und inokulierbaren Charakter. 3. Die Impetigo ist mikrobiär. L. fand verschiedene Varietäten des Staphylococcus aureus, albus, seltener citreus; selten Streptokokken. Die Kulturen auf Gelatine entwickeln nicht verflüssigende Staphylokokken. Impft man Bouillon mit Streptokokken, so erhält man 4mal unter 15 Impfungen eine Blase und eine Impetigokruste. L. nennt diesen Streptococcus den „Streptococcus der Impetigo". *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über einen Fall von Keratodermia symmetrica congenitalis, non hereditaria der Extremitäten, von Andry und Lacroix. (*Lyon médical.* Sept. 1892.) Palmae und Plantae des 10jährigen Mädchens zeigen eine gleichmäfsige Verdickung der Hornschicht, so zwar, dafs die Farbe eine blafsgelbe ist, dafs die Falten und Oberhautfelderung kaum sichtbar sind. Die Grenze nach dem Dorsum ist eine so scharfe, dafs ein sehr deutlicher Rand entsteht. Die 3. Phalangen sind stark verjüngt, da auch die Nägel in der transversalen Richtung sehr stark gekrümmt

sind. Auch die Hornschicht des Nagelsaums ist stark verdickt. Einige warzige Erhabenheiten finden sich am Vorderarm in der Nähe des Radiokarpalgelenks und auf der Dorsalseite der Finger. Hände scheinen nicht zu schwitzen, wohl aber die Füße an den Interdigitalfalten. Nach einem Scharlach häuteten sich Hände und Füße in grofsen Lamellen, die Keratodermie bildete sich aber nachträglich wieder aus.

L. Philippson-Hamburg.

Schwarze Zunge. In Franklin (Nordamerika) herrscht eine Epidemie, die viele Opfer fordert: starkes Fieber, Entzündung, Anschwellung, Schwarzfärbung der Zunge; Schwächezustand; Tod. Die einheimischen Ärzte sehen die Erkrankung für identisch an mit der asiatischen „schwarzen Zunge". (*Med. News. Deutsche Med.-Ztg.* 1891. No. 99.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Herpes tonsurans empfiehlt ABRAHAM in der 40. Jahresversammlung der British medical Association (26.—29. Juli 1892) 5—10%ige Karbol- und Salicylsalbe aa, die täglich mit einer steifen Bürste auf die kurzgeschorene Stelle eingerieben wird, und dazu wöchentlich einmal Waschungen mit einer weichen antiseptischen Seife. In hartnäckigen Fällen verordnet er eine karbolhaltige Jodsalbe oder Kalomel oder Jodquecksilber 1—2 pro mille. Er findet besonders blonde Kinder befallen; zwei der bösesten Fälle waren Albinos. EDDOWES empfiehlt eine Modifikation der UNNAschen Chrysarabinbehandlung und warnt vor dem Gebrauch des Quecksilbers. (*Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 45.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erfahrungen bezüglich der Behandlung des chronischen Herpes tonsurans in einer Schule, von LOUIS A. DUHRING. (*The Americ. Journ. of the medic. sciences.* Februar 1892.) Verfasser hat bei 48 Knaben einer hygienisch günstig eingerichteten Anstalt Herpes tonsurans capitis gefunden, darunter 32 schwere Fälle. Behandlung: einmal wöchentlich Kurzschneiden, Entfernung der Borken etc. durch Karbolöl und eine Mischung von Schwefel und milder Seife, eventuell durch Umschläge mit Leinsamenmehl.

Am besten wirkten 10—30%ige Schwefelsalben und vor allem Chrysarobin (1—3:30); bei letzterem ist natürlich ärztliche Beobachtung nötig. Wechsel der Medikamente ist oft von Nutzen, und fanden dann Karbolsäure, Theer, Jod, Kupferoleat, Quecksilberoleat, Kalomel, Präcipitat als Salben Verwendung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen allerlei **Haarkrankheiten** (Trichophytiasis u. s. w.) empfiehlt BUSQUET (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 536) Waschungen mit folgender Lösung:

Spirit. Cinnam. Cassiae	10,0
Aeth. sulf. mediocriter alcohol.	10,0.

Ein Wattebausch wird mit dieser Lösung getränkt und damit werden die erkrankten Teile eingerieben. B. hat damit Favus, Herpes circinatus u. s. w. erfolgreich bekämpft.

Türkheim-Hamburg.

Beitrag zum Studium der Trichophytiasis tonsurans, von J. AUDRAIN. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1051.) Verfasser nimmt an, dafs die Haare immer schon vorher erkrankt waren, wenn sie von Trichophytiasis befallen werden. — Er unterscheidet zwei Formen, eine schwere mit langsamem, und eine leichte mit schnellem Verlauf. Als Heilmittel empfiehlt er subkutane Einspritzungen von Hydrarg. bichlor.

Acid. tart. aa	0,01
Aq. dest. seu Spirit.	30,1

unter die Kopfhaut. *Türkheim-Hamburg.*

Das Ekzem des Schnurrbarts, von L. MARCHAND. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1046.) Verfasser bespricht den Zusammenhang von Ekzem der Oberlippe mit

nasalen Erkrankungen und empfiehlt als beste Behandlungsart Sublimat-Waschungen und Einreibungen mit Ichthyol-Salbe. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zum Studium der Trichophytiasis humana, von R. Sabouraud. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1061.) Der Inhalt dieser wichtigen Abhandlung ist den Lesern der Monatshefte bereits bekannt. (Vgl. Société Française de Derm. et de Syphiligraphie, Sitzung vom 10. November 1892. Originalbericht von Louis Wickham. Band XV, S. 620.) Es sei deshalb hier nur kurz auf die sehr fleifsige Arbeit hingewiesen, der 2 lithographierte Tafeln beigefügt sind. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Beziehungen zwischen dem Haarschwund bei Keratosis pilaris und der Alopecia seborrhoica, von L. Brocq. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 773.) Diese Mitteilung knüpft an einen Fall an, der der Société de Derm. et de Syph. vorgestellt wurde. Der betreffende 3jährige Knabe hatte nur spärliche Haare auf seinem Kopf. Die Alopecie erstreckte sich fast über den ganzen Kopf und war in Lichtungen angeordnet. Daneben bestand beträchtliche Abschuppung in Form von trockenen, ziemlich festsitzenden Schuppen. Der übrige Körper wies die Symptome der Keratosis pilaris auf.

Brocq untersucht nur den Ursprung und die Natur dieses Haarschwundes. Eine parasitäre Krankheit läfst sich selbstverständlich sofort ausschliefsen. Aber auch gegen die Annahme eines Eccema seborrhoicum, das häufig genug mit Alopecie verknüpft ist, bringt Br. schwerwiegende Bedenken vor. Er neigt der Ansicht zu und stützt sie durch eine Reihe zutreffender Bemerkungen, dafs in dem vorliegenden Fall die Keratosis pilaris sei es die einzige, sei es eine der Ursachen der Alopecie ist.

Türkheim-Hamburg.

Über die Pili moniliformes, von R. Sabouraud. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 781.) Das Vorkommen von rosenkranzförmigem Haar ist nicht selten; eine stattliche Reihe derartiger Fälle ist bereits unter den verschiedensten Bezeichnungen und von den verschiedensten Forschern veröffentlicht. Alle diese Fälle lassen sich nun nach S. in zwei Gruppen teilen. Bei der ersten Gruppe ist das Leiden parasitärer Natur; bei der zweiten ist es angeboren, konstitutionell, ererbt. In die erste Gruppe gehören die Fälle von Juhel-Renoy (La Piedra), von Behrend (Leptothrix der Achselhöhlen), von Raymond (Trichorrhexis nodosa pubis); für diese Gruppe wünscht Sabouraud die Bezeichnung Trichorrhexis parasitaria. In die zweite Gruppe, für die er nach Crocker die Bezeichnung Monilethrix wählt, verweist er die Fälle von Walter Smith, Anderson, Hallopeau u. a.

Beide Formen unterscheiden sich in mehrfacher Beziehung voneinander. Die Trichorrhexis parasitaria, die man namentlich bei unreinlichen Menschen trifft, ist übertragbar. Bei ihr ist die Haarwurzel gesund, nur das Haar selber, seine Rinde ist krank; die verdickten Teilchen, die rosenkranzförmigen Anschwellungen bilden den Sitz der Krankheit, letztere sucht namentlich die feuchten Körperteile, die Gelenkfalten auf, macht so gut wie keine Symptome und ist heilbar. —

Die Formen von Monilethrix dagegen sind fast immer angeboren, nicht übertragbar. Hier ist die Haarwurzel der Sitz der Krankheit. Die Monilethrix ist fast immer auf die Kopfhaare beschränkt, dabei besteht aber so gut wie ausnahmslos eine Keratosis pilaris des ganzen Körpers. Das Leiden ist unheilbar und vererbt sich weiter. Letztere Thatsache wird sehr schön durch den Stammbaum beleuchtet, den S. mitteilt. Die Mifsbildung liefs sich hier bis zur Urgrofsmutter zurückverfolgen, die dieselbe durch einen heftigen Schreck erworben haben soll. Das Leiden zog sich durch sämtliche Geschlechter hindurch und ist auch bei den Urenkelkindern

noch vorhanden. Fälle von Atavismus konnte S. dabei nicht nachweisen, ein gesundes Familienglied übertrug die Krankheit nicht weiter auf seine Kinder.

Als letzte Ursache der Monilethrix nimmt S. eine Störung im Centralnervensystem an. *Türkheim Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung, von Bell. (*Memorabilien*, August 1892.) B. betrachtet alle derartigen Substanzverluste als durch Mikrobien bedingt und empfiehlt als das geeigetste Mittel das Aufstreuen von Pepsinium siccum, zweimal täglich, welches den Mikrobien den Nährboden entzieht. Für manche Fälle ist noch die Darreichung von Kreosot oder Jodkalium nötig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Rhinosklerom, von Egmont Baumgarten. (Gesellschaft der Ärzte in Budapest. 5. Nov. 1892. *Prager med. Wochenschr.* 1892. No. 48.) Die Geschwulst ging vor fünf Jahren von der linken Seite der Nasenscheidewand aus, verlegt jetzt die linke Nasenhälfte und hat auch die rechte ergriffen. Härte und Schmerzlosigkeit charakterisieren sie. Therapie konservativ, Einführung von Kautschuktuben in die Nasenlöcher.

In der Diskussion bemerkt Dr. Havas, dafs die Specificität des Rhinoskleroms bacillus doch noch fraglich sei, da er doch dem Friedländerschen Pneumoniecoccus und den bei Schnupfen und Ozaena gefundenen Kokken sehr gleicht und Impfung mifslungen ist. Dr. Török glaubt, dafs die Menge und Anordnung der Bacillen über ihre ätiologische Behandlung keinen Zweifel läfst, es aber fraglich ist, ob sie nicht auch zur Ozaena in Beziehung stehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Rhinosklerom der Nase. — Typhus exanthematicus. — Schwund der Rhinosklerominfiltrationen, von Leop. Lubliner. (*Berl. klin. Woch.* 1891. No. 40.) Diffuse Infiltration durch Rhinosklerom in der Nase, deren Charakter mikroskopisch und bakteriologisch nachgewiesen war, schwand nach Typhus exanthematicus bis auf wenige Reste. Ähnliche Einwirkung hat Verfasser bei Typhus exanthematicus auf der Abteilung des Dr. Elsenberg auf Lupus beobachtet, jedoch war die Besserung nicht von Bestand, dagegen hat Heryng nach Erysipel hartnäckige, antiluetischen Kurven widerstehende gummöse Geschwüre dauernd heilen sehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Kokainanwendung bei Mastitisoperation, von Rossier. (*Korrespondenzbl. Schweizer Ärzte.* 1891. No. 15.) Nach Desinfektion wird genau entsprechend dem Verlaufe der beabsichtigten Incision eine Lösung von 0,1 Kokain in 10,0 einer 4%igen Borsäurelösung injiciert; für eine Incision von 3—4 cm Länge genügt eine halbe Spritze. Die Injektion mufs in die Cutis selbst, nicht in das Unterhautzellgewebe schrittweise gemacht werden, so dafs ein erhabener anämischer Strich entsteht; die Incision kann nach einer halben Minute folgen. Nach vorsichtiger Einführung des Drains eventuell Injektion an der Stelle der Kontraincision.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Drainage der Phlegmone, von Dr. Sior. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 2.) Dafs bei Phlegmonen durch Drainage den Sekreten und nekrotischen Fetzen der Abflufs zu schaffen ist, ist allgemein anerkannt; über die Wahl der Mittel dazu kann man im Zweifel sein. Im ersten Stadium und auf der Höhe des Prozesses sind Kautschukröhren am geeignetsten, später Gazestreifen, da erstere einerseits die Granulationsbildung im allgemeinen stören, andererseits an den Löchern durch übermäfsige Granulationsbildung festgehalten werden, und daher bei der Entfernung leicht Blutungen entstehen. Bei schlaffer Haut können von vorneherein Gazestreifen Ver-

wendung finden, die auch überall da angezeigt sind, wo gröfsere Gefäfse in der Nähe liegen, die durch Drainageröhren leicht usurirt werden. Ein angeführter Fall illustriert diese Gefahr. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen über Erysipelas von der I. medizinischen Abteilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses nebst einigen kritisch-therapeutischen Bemerkungen, von J. A. Gläser. (*Ther. Monatsh.* No. 9. 1892.) Verfasser berichtet über 148 Fälle von Erysipelas bei 51 Weibern und 97 Männern; darunter 23 von Erysipelas migrans, und 14, die mit Eiterungen verbunden waren. Es starben 17 = 10%; von den 23 Erysipelas migrans 3 = 12%; von den 14 mit Phlegmonen starb einer. Von den Todesfällen starben 6 rein an Erysipelas; die Sektion ergab nichts oder Pia-Ödem, kapilläre Hirnblutung, Lungenhypostase; in den übrigen 11 waren andere Todesursachen nachweisbar. Es starben also rein an Erysipelas von 137 nur 6 = 4,4%. — Fieber fehlte in drei Fällen, von denen aber nur einer von Anbeginn an unter Beobachtung stand; in den anderen Fällen war kein bestimmter Typus nachweisbar. — Ohne weiter auf die zahlreichen statistischen Angaben einzugehen, will ich nur kurz die ausführliche Kritik der verschiedenen Behandlungsarten hier wiedergeben. Ein Urteil in jedem Falle über deren Wert abzugeben, ist nach Verfasser bei dem unberechenbaren Verlauf des Erysipelas sehr schwierig. — Von dem Wölffelschen Verfahren, das im Gesichte nur schwierig durchzuführen ist, hat Verfasser nichts Vorteilhaftes gesehen. Die Methode der Bepinselung mit 10—12%iger Höllensteinlösung (Volkmann) bewirkte einmal, dafs sich die Epidermis in grofsen Blasen unter grofsen Schmerzen abhob, ohne dafs sich die Krankheit im Weiterschreiten hindern liefs. Die chirurgische Behandlung von Kraske-Riedel, die Verfasser allerdings selbst nicht geübt hat, verwirft er vollkommen vom theoretischen und praktischen Standpunkte aus. Übrigens glaubt Verfasser, dafs auch nicht selten Verwechselungen von Erysipelas mit Erythemen, besonders den die Phlegmonen begleitenden, vorkommen. Im ganzen steht Verfasser auf einem ziemlich nihilistischen Standpunkte betreffs der Therapie; bezüglich der energischen Kraske-Riedelschen Behandlung dürfte derselbe nicht unberechtigt sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Abortivbehandlung des Gesichtserysipels mit Sublimatätherzerstäubungen, von Dr. Thalamon. (Pariser mediz. Gesellschaft der Hospitäler. 1. Juli 1892. *Deutsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 65.) 1%iger Sublimatäther wird auf die erkrankten Teile und besonders auf die Umgebung bis zur ordentlichen Arrosion der Haut zerstäubt, Blasenbildung nicht vermieden. Eine bis zwei energische Zerstäubungen genügen, die anderen müssen kürzer sein. Die Prozedur ist etwas schmerzhaft. Die weitere Behandlung besteht in der Anwendung von Borkompressen; sich bildende Krusten sollen nicht abgelöst werden. Gyot kann die Resultate nicht bestätigen, will aber das Verfahren weiter prüfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von Anthrax. — Excision des infizierten Gewebes. — Heilung, von A. B. Johnson und G. L. Nicholas. (*Med. Record.* 39. 21. 1891.) Ein 41jähriger Teppicharbeiter erwachte in der Nacht mit einem Schmerz in der rechten Wange, in deren Mitte er einen geschwollenen roten, an Umfang zunehmenden Fleck bemerkte. — Es fand sich eine schwarze, leicht deprimierte Kruste von 1,5 cm Durchmesser vor, umgeben von mit rötlichem Serum gefüllten Bläschen, welche wiederum an einen indurierten roten Hof grenzten. Allgemeinbefinden gut. Der Verdacht auf Anthrax wurde durch eine Untersuchung des Serums und der Gewebe bestätigt. Lokale Kokain-Anästhesie, Excision der ganzen Stelle, Abwaschen mit Zinkchlorid, Katgutnäthe; Heilung. Die Reinkultur der aus den erkrankten Teilen gewonnenen Bacillen tötete Mäuse in 36 Stunden unter den Erscheinungen des Milzbrands. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Typhusbacillen in einem Eiterherd, von Dr. Valentini. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 22. 1892.) In dem Eiter eines perichondralen Abscesses an der ersten Rippe fand Verfasser einen beweglichen Bacillus in Reinkultur, der auf Gelatine und Kartoffel wie der Typhusbacillus wuchs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Lehre von den metastatischen Wirkungen des Typhusbacillus, von H. Rosin und B. Hirschel. Aus der mediz. Abteilung von Prof. Rosenthal im Allerheiligen Hospital zu Breslau. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 92. 1892). Bei einem Typhuskranken fand sich an der Tuberositas tibiae eine schmerzhafte Infiltration, zu der sich Ödem am Ober- und Unterschenkel gesellte. Bei der Incision fand man hartes, infiltriertes Gewebe und in der Tiefe einen nekrotischen Pfropf. Aus diesem konnte man Reinkulturen von Typhusbacillen gewinnen. Es bestand keine Eiterung; es kann aber der Typhusbacillus nicht nur, wie es ja schon bewiesen ist, Eiterungen bewirken, sondern auch Infiltration. Die Spezifizität vieler Spaltpilze ist nur eine bedingte, bei geeigneter Disposition irgend einer Gewebestelle können sie auch ganz andere Vorgänge hervorrufen, als sie dem Vorgange der unkomplizierten Infektion entsprechen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Noma bei einem 55jährigen Manne, von Anders Hanssos. (*Centralbl. f. Chirurg.* No. 41. 1892.) Innerhalb sechs Tagen endete ein Fall von Noma bei einem 55jährigen Manne tödlich. Eine Stomatitis, ausgehend von einem kariösen Zahn, leitete die Erkrankung ein, eine brettharte Schwellung der Wange gesellte sich dazu, die schliefslich trotz operativen Eingriffs zu vollkommener gangränöser Zerstörung der Wange führte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Noma bei einem 44jährigen Weibe, von H. Koester. (*Centralbl. f. Chir.* 1892. No. 45.) Bei einer 44 Jahre alten Frau in schlechten Ernährungsverhältnissen, die vor kurzem angeblich eine „hämorrhagische Pleuritis" durchgemacht hat, einen grofsen Milztumor hatte (leukämisch? syphilitisch?), trat eine ausgedehnte Noma der linken Wange mit starkem Ödem, stinkendem Sekret aus dem Munde auf, die zum Tode führte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen, von Schimmelbusch. (Berl. med. Gesellsch. 26. Oktbr. 1892. . *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 46.) Bei dem letzten Kongrefs für Chirurgie zeigte Senger ein 26 Jahre altes Mädchen mit einer handtellergrofsen Ulceration der Mamma, das im Laufe von drei Jahren angeblich nach einer Verletzung durch eine Stecknadel schubweise entstanden war und allen Heilbestrebungen trotzte. Es traten 1—2 cm lange Blasen auf, die platzten und eine runde, geschwürig werdende Stelle zurückliefsen. Diese Patientin, bei der der Verdacht der Selbstverstümmelung auf Grund von Hysterie vorlag, wurde in die v. Bergmannsche Klinik aufgenommen. Gypsverband und Transplantation führten schnelle Heilung herbei bis auf kleine Granulationsknöpfe, von denen dann aber wieder Zerfall und Blasenbildung ausgingen; die Blasenbildung erinnerte an durch Reibung entstandene Blasen und wurde sicher durch Hin- und Herreiben des Gypsverbandes bewirkt, an dessen unterem Rand am Abdomen die Haut stellenweise auch wund und blasig abgehoben war. Nach Verklebung jeder einzelnen Wunde mit Gaze und Photoxylin trat Heilung ein. — Ähnliche Fälle sind von Colcott Fox (*Lancet* 1882) und Footner (*Lancet* 1883) beschrieben und werden vom Vortragenden wiedergegeben. In ersterem Falle bewirkte Patientin die Blasen und Geschwüre durch Reiben mit den Fingerspitzen. — Die Patientin gestand die Selbstbeschädigung nicht ein, und ist es möglich, dafs es sich nicht um eine bewufste, absichtliche That handelt, sondern um eine Zwangshandlung, die nur mangelhaft im Gedächtnis zurück-

bleibt. — Die in Rede stehenden Erscheinungen erinnern natürlich an manche religiöse Wunder (Louise Lateau etc.), wie an manchen Pemphigus hystericus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Progressive Ernährungsstörungen.

Klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium einiger Affektionen der behaarten Körpergegenden (Gesicht und Kopf) mit Ausgang in Atrophie, von A. Ducrey und R. Stanziale. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* Fass. II. 1892.) — Bei der gegenwärtig noch herrschenden Konfusion in der dermatologischen Nomenklatur und Klassifikation mufs jede Bemühung mit Freuden begrüfst werden, die dahin zielt, das zerstreute Material zu konzentrieren im Gegensatze zur andernorts vielfach geübten Tendenz, dasselbe durch Aufstellung möglichst vieler neuer Benennungen noch mehr auseinanderzureifsen. In ersterem Sinne haben die Verfasser zu wirken gesucht bei der Behandlung des vorliegenden Themas. Es handelt sich hier nämlich um eine Affektion, welche unter den verschiedensten Bezeichnungen wiederzufinden ist: Folliculite destructive Quinquaud, Folliculite et perifolliculite decalvante Brocq, Alopécie cicatrisante innominée Besnier, Acne decalvante Lailler, Ulerythema sycosiforme Unna oder Dermatitis perifollicularis atrophicans Sack.

Von den 7 Fällen eigener Beobachtung pafst nun keiner genau in den Rahmen einer der angeführten Formen oder decken sich untereinander vollständig. Doch zeigen sie in den wichtigsten Punkten solche Übereinstimmung, dafs Verfasser zwei Kategorien von Fällen aufstellen zu können glaubten. Bei der ersten steht die sekundäre Atrophie so ziemlich im Verhältnis zur Intensität der vorangegangenen entzündlichen Prozesse. Bei der zweiten folgt rasch auf ein geringfügiges entzündliches Stadium (das sich durch leichte Rötung kennzeichnet) eine hierzu in keinem Verhältnis stehende Atrophie des Gewebes. Für die Fälle, die sich der ersten Abteilung unterordnen lassen, wählten Verfasser die Bezeichnung Dermatitis sycosiformis atrophicans, für die der zweiten Pseudo-Area. Jedenfalls bedarf diese Benennungsweise noch der weiteren Vereinfachung.

Über das klinische Bild geben zum Teil die ausführlichen Krankengeschichten, zum Teil die der Arbeit beigefügten kolorierten Tafeln ausführlichen Aufschlufs.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare und des Gewebes fiel bezüglich ihres Gehaltes an Mikroorganismen immer negativ aus. Auch der bakteriologische Befund ergab nichts Charakteristisches.

Histologisch giebt sich die Affektion zu erkennen als eine „Dermitis mit Perifolliculitis, welche, mit oder ohne Eintritt von Eiterung, unvermeidlich zur Atrophie des Chorion und zur Zerstörung des Haarbalg- und Talgdrüsensystems führt. Riesenzellen (wie Sack) oder Mastzellen (wie Quinquaud) konnten Verfasser niemals nachweisen.

Therapeutisch haben sich energischere Eingriffe (Sublimat) nicht bewährt, wohl aber mildere, d. h. Salben aus Zinkoxyd, Blei, Borsäure in Verbindung mit Epilation, ferner Pyoktanin und Ichthyol. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von fibrösem Epitheliom an der Zungenbasis, von J. Wright. (*New York med. Journ.* 12. November 1892.) Ein 60jähriger, etwas nervös disponierter Herr kam wegen eines seit etwa vier Monaten bestehenden Krampfzustandes am Kehlkopf in ärztliche Behandlung. Bei allen Versuchen, kaltes Wasser zu trinken, sowie auch sehr leicht nachts, während des Schlafes, tritt eine mit Erstickungsgefühl verbundene Kontraktion des Kehlkopfes ein. An den hinteren zwei Fünftel der Zunge

fanden sich zu beiden Seiten derselben je ein kleiner, härtlicher, etwa 3/4 Zoll langer Wulst. Etwas Hyperämie und reichliche Schleimabsonderung. Vier Monate später hatte sich in der Medianlinie der Zunge, an deren Basis, ein ziemlich harter Tumor entwickelt, der von Mc Burney durch Entfernung der ganzen Zunge, Epiglottis und des Zungenbeines beseitigt wurde. Patient erholte sich gut, ging aber etwa sieben Monate später ohne eigentliche Krankheit in einem hysterisch-melancholischen Zustande zu Grunde. Der Fall wird namentlich wegen der ungewöhnlichen Lokalisation des Epithelioms und der (bei der anfänglichen Besserung der Beschwerden und Zunahme an Körpergewicht) grofsen diagnostischen Schwierigkeiten mitgeteilt.

Philippi-Nieheim.

Über die Pigmentation bei Morbus Addisonii, von M. Raymond. (*Arch. de Physiol. normale et pathologique*, 5. Serie, 3. Heft)

Die Arbeit fördert nichts Neues zu Tage, stimmt im Befund (feinkörniges Pigment in der Stachelschicht, teils frei in langen Zügen intercellulär, teils intracellulär, den Kern frei lassend; aufserdem in den oberen Cutisschichten zahlreiche unregelmäfsig geformte, mit Pigmentkörnern vollgestopfte Zellen, besonders reichlich längs der Papillargefäfse) mit den Untersuchungen Riehls, Nothnagels bei Morbus Addisonii im ganzen überein. — Die Überpigmentation führt R. auf nervöse Einflüsse zurück, welche eine allgemeine oder partielle Hypertrophie (!) der Pigmentzellen der Cutis herbeiführen, die Verfasser auf Grund ähnlicher Schlüsse wie Ehrmann mit den Chromatophoren der Amphibien identifiziert. Zweifellos beruhe die Pigmentation nach Bestrahlung durch die Sonne, bei Gravidität, Ovarialleiden etc., auf gleichen Störungen der Innervation der Chromatophoren etc. etc. — Das Gute an der Arbeit ist nicht neu, und das Neue — haltlose Hypothese. *Heufs-Zürich.*

Über den heilsamen Einfluſs akuter Infektionskrankheiten auf bösartige Geschwülste von C. H. H. Spronck. (*Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.* Bd. II. No. 4. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1892 No. 44.) Verfasser injicierte einen Impfstoff, gewonnen aus 14 Tage alten Bouillonkulturen von Streptococcus erysipelatis, welcher in der Menge von 15—20 gr Kaninchen in 24 Stunden tötet und Hunde befreit von den bei ihnen vorhandenen bösartigen Geschwülsten. Nach mehreren Injektionen traten bei 5 Rötung und Schmerzhaftigkeit der Geschwülste auf, später Erweichung und Nekrose; die Wucherung der Geschwulstzellen war aber nicht zum Stillstand gekommen (Mitosen!). — Die Versuche an Menschen erzeugten Allgemeinerscheinungen und meistens auch lokale Reaktion in den Tumoren (8 Sarkome, 17 Karzinome), einmal Erweichung eines Sarkoms. Einzelne Individuen erschienen refraktär, bei allen trat schnell Angewöhnung ein. Injiciert wurde stets entfernt von den Geschwülsten. Üble Wirkungen traten nicht auf, die Resultate waren zweifelhaft, ermuntern Verfasser aber zu weiteren Versuchen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Akromegalie, von Carl Buzer. (*Ärztliche Rundschau.* No. 90. 1892.) Die 36jährige Patientin begann im zwölften Lebensjahre über Mattigkeit und Schwäche in der linken Hand zu klagen, die im fünfzehnten Jahre eine Krallenstellung einnahm und später sich erheblich vergröfserte. An der rechten Hand trat die gleiche Veränderung viel später ein. Die Hände sind sehr kühl, bekommen im Winter Frostgeschwüre. Die anämische Patientin spricht undeutlich mit rauher, leicht versagender Stimme; es besteht eine Kyphose am unteren Halse und oberen Brustteile und eine rechts-konvexe Skoliose. Beide Hände, alle Finger sind stark vergröfsert; der linke Arm ist von der Hand bis zur Mitte des Vorderarmes kalt und cyanotisch; die linke Hand in Klauengriffstellung; Sensibilität erhalten. Der Oberkiefer ist schief verbildet, der Unterkiefer leicht verdickt, die Glandula thyreoidea atrophisch. Die unteren

Extremitäten normal; nur der Gang schwerfällig, watschelnd. Die theoretischen Erwägungen des Verfassers bieten nichts Neues. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Carcinom, von C. KARG. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.* 34. 133.) Nach einem übersichtlichen Referat über die neueren, das Carcinom und seine Entstehung behandelnde Arbeiten giebt der Verfasser das Resultat seiner eigenen Arbeiten, die hauptsächlich der Ergründung der Frage nach dem Vorkommen von Krebsparasiten gelten. Verfasser steht diesen ebenso skeptisch gegenüber, wie den Parasiten des Molluscum contagiosum; er fand ähnliche Bildungen bei anderen Prozessen und führt sie auf Veränderungen in der Zelle zurück. — Von Interesse ist es, dafs Verfasser die PAGETsche Brustwarzenkrankheit als echtes Hautcarcinom erkannt hat, das erst im späteren Stadium tiefere Schichten ergreift. — Eine Wiedergabe der sehr inhaltreichen Arbeit würde den Rahmen eines Referates überschreiten; wer speziell die Frage der parasitären Entstehung der Carcinome studieren will, mufs das Original lesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen in Krebsgeschwülsten, von SAWTSCHENKO. (*Centralbl. f. Bakt. u. Paras.*, 1892, Bd. XII, No. 1.) Verfasser konnte die früher von PODWYSSOZKI und ihm beschriebenen Sporozoen nicht in allen Carcinomen finden. Neuerdings fand er andere Formen, die in Bezug auf Gröfse und Form sehr unbeständig waren. Die einen stellten Protoplasmaklümpchen von verschiedener Gröfse in Vakuolen der Krebszellen dar. Sie wurden durch Pikrinsäure gelb und durch Eosin intensiver rosa als das Zellprotoplasma gefärbt; ihre Form war kugelig, oval oder unregelmäfsig; bei starker Vergröfserung zeigten sie Ähnlichkeit mit kleinen Froschlarven. Verfasser sah auch Wanderung aus einer Zelle in die andere. Häufig sah er Zellen, deren Kern beiseite gedrängt war, und die ein bis zwei Froschlarvenformen nebst einer Menge rundlicher Keime enthielten. Dann kommen Ruheformen vor, von derselben Gröfse, von einer Kapsel umgeben; diese weisen manchmal noch einen schwanzartigen Fortsatz auf. Die Kapsel nimmt eine festonartige Zähnung an, es zeigen sich Eierchen an der Peripherie, in denen gekrümmte Keime auftreten; die Kapsel schwindet, da sie vielleicht für die Kapselbildung der Keime verbraucht wird. Die jungen Keime entwickeln sich entweder in derselben Zelle, innerhalb des Konglomerats, der Sporocyste, oder wandern aus. Ferner kamen Physaliphoren in den Krebszellen vor, vakuolisierte Zellen, die in ihren Vakuolen ein zellartiges Gebilde enthalten; das Protoplasma desselben ist locker gekörnt; die Kerne wurden durch Safranin intensiv gefärbt; andere Kerne zeigten am einen Kugelpole zwei gebogene, gekreuzte Stäbchen, andere vier solche spindelförmige Stäbchen. Die Stäbchen können in andere Zellen gelangen, aber es liefs sich nicht auffinden, in welchem Zusammenhang sie zu den Froschlarvenformen standen. Es ist somit auch nicht möglich, den beschriebenen Parasiten vorläufig zu identifizieren; jedenfalls finden sich viele Verschiedenheiten gegenüber von anderen Autoren beschriebenen Parasiten, so dafs man wohl verschiedene Arten von Sporozoen annehmen mufs. In Zellen, die in Mitose begriffen waren, fand sich der beschriebene Parasit nie. Verfasser nimmt an, dafs die Sporozoen sich nicht blofs als Schmarotzer im Geschwulstepithel finden, sondern dafs sie das ätiologische Moment des Krebses bilden; dagegen spricht keineswegs, dafs sich bei verschiedenen Krebsen verschiedene Formen finden; ebensowenig werden die verschiedenen Granulome durch ein und dieselbe Bakterienart hervorgerufen. *F. Hahn-Bremen.*

Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen bei Krebsgeschwülsten, von M. A. RUFFER. (*Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1892.)

Als Ergänzung seiner früheren, vielfach angefochtenen Schilderungen teilt R. jetzt mit, dafs es ihm nunmehr gelungen sei, die Parasiten innerhalb der Zellkerne bei carcinomatösem Gewebe zu beobachten. Zum Färben bedient man sich am besten der Folschen Lösung, sowie einer 1%igen Osmiumlösung, letztere mit oder ohne Ehrlichsches Hämatoxylin. Die Parasiten erscheinen meistens zu mehreren im Zellkern als harte, tief gefärbte, kleine, sphärische Körperchen, die sich allerdings kaum vom Zellkern unterscheiden lassen. Allmählich nehmen sie an Gröfse zu, bekommen ihrerseits einen Kern und eine deutlichere Kapsel und führen schliefslich zum Platzen des Zellkernes. Letztere gehen gewöhnlich zu Grunde, können aber, falls sie nur 1—2 Parasiten beherbergten, wieder ausheilen. *Philippi-Nicheim.*

Fremde Beobachtungen über die Wirkungsweise des Kankroin nebst einigen Bemerkungen, von Prof. Adamkiewicz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 41.) Die Wichtigkeit aller Heilbestrebungen gegen Karzinom, die Begeisterung, mit der A. für sein „Kankroin" eintritt, fordern dazu auf, seine Angaben vorurteilsfrei zu prüfen und einer strengen Kritik zu unterziehen. Letzteres ist wohl bisher geschehen, aber es will mir (d. Ref.) doch so scheinen, als ob man mit einem etwas sehr grofsen Vorurteil seine Beobachtungen kritisiert; wenigstens glaube ich dieses aus den Verhandlungen in der Wiener medizinischen Gesellschaft herauslesen zu können. Es ist ja zweifellos, dafs Karzinome auch spontan erweichen und vereitern, dafs karzinomatöse Lymphdrüsen spontan sich verkleinern und wachsen können, aber, wenn diese Vorgänge sich regelmäfsig an gemachte Injektionen anschliefsen, dann ist der Zusammenhang wohl nicht leicht abzuleugnen. Verfasser führt zehn Beobachtungen anderer Ärzte bei Kankroininjektionen an, die alle eine lokale Reaktion, bestehend in Schwellung, Rötung, Eiterung, und zum Teil auch eine Verkleinerung der Drüsen und Besserung des Befindens konstatieren. Allerdings geht es nicht mit Sicherheit aus den Angaben hervor, ob auch ein wirklicher dauernder Heilerfolg dieser Reaktion gefolgt ist; dieser ist noch nicht bewiesen, aber wenn man eine zweifellose lokale Reaktion nach der Injektion erhält, mufs das schon grofses Interesse erregen, beweist es doch vielleicht, dafs der Verfasser sich auf einem richtigen Wege befindet und weitere Versuche erechtfertigt sind. Nachdem die Untersuchungen des Verfassers doch in die Öffentlichkeit gelangt, würde es zur Klärung und Förderung der Sache sicher beitragen, wenn man über die Herkunft des Kankroin etwas erführe; die Verheimlichung derselben trägt nicht zur Beseitigung der Vorurteile bei.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Favusstudien I., von S. Jessner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 50. 51.) Bekannt ist, dafs man für den Favus nicht einen, sondern viele Pilze als Urheber ansah und in Reinkulturen züchtete. Diese Ansicht hat nun, seitdem Quincke seinen α-, β- und γ-Pilz beschrieb, von denen er allerdings später die beiden letzteren als identisch anerkannte, sehr viele Anhänger gefunden und zu vielen Studien Veranlassung gegeben. So hat Unna ebenfalls zwei Pilze beschrieben, doch man sieht bei näherer Untersuchung, dafs die Entwickelung und die Gestaltung eines jeden Pilzes grofsen Schwankungen unterworfen ist, je nach den Lebensbedingungen, unter welchen er wächst. Die Ursache der Verschiedenheit der Pilze liegt aber in der verschiedenen Beschaffenheit der Nährböden, in der Art der Impfung, der Temperaturen bei der Züchtung, dem Modus der Untersuchung etc. Will man den Versuch machen, Klarheit zu schaffen, so kann das nur geschehen, wenn mehrere Autoren mit demselben Ausgangsmaterial unter möglichst gleichen Bedingungen arbeiten und zwar unter steter

Mitwirkung des Mikroskops. Verfasser ging deshalb von den drei ersten Unna-Frankschen Favuspilzen: Achorion euthythrix, Achorion dikroon und Achorion atacton aus; zu diesen gesellte sich dann später der Kràlsche Favuspilz. Er legte sich dabei folgende Fragen vor: 1. Sind diese Pilze voneinander verschieden? Dazu bedurfte es eines Studiums ihrer Wachstumsverhältnisse auf verschiedenen Nährböden. 2. Vermögen diese Pilze experimentell Favus hervorzurufen?

Was die Beantwortung der ersten Frage betrifft, so gelangte Verfasser nach sorgfältigen Untersuchungen, auf die wir in den Originalartikeln verweisen, zu dem Schlufs, dafs Achorion enthythrix I und Achorion atacton III morphologisch gleich sind; beide aber zeigen nicht die geringste Ähnlichkeit mit Achorion dikroon II. Das Kràlsche Achorion Schoenleinii ist dem Achorion dikroon nahe verwandt, vielleicht mit ihm identisch. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie und Behandlung der Alopecia areata, von Radcliffe Crocker. (*The Lancet.* 28. Februar und 7. März 1891.) Verfasser unterscheidet wenigstens vier Arten: 1. Allgemeine, sich gewöhnlich schnell entwickelnde Alopecia. 2. Ein oder mehrere Flecken im Verlaufe eines Nerven oder an der Stelle einer Verletzung. 3. Kleine, atrophisch deprimierte Flecken, die Neumann als Alopecia circumscripta bezeichnet. 4. Die üblichen Fälle mit unregelmäfsiger Verteilung der Flecken und charakteristischen Haaren am Rande der kranken Stellen.

Die drei ersten Arten sind trophoneurotischen Ursprungs, die letzte, zugleich die häufigste, parasitärer Natur. Diese parasitäre Form ist in beschränktem Mafse kontagiös; ähnliche Veränderungen findet man bei Kindern wie Erwachsenen nach Tinea tonsurans, die auch vollkommene Kahlheit bedingen kann. — Bei der Behandlung legt Verfasser grofses Gewicht auf die Applikation eines Blasenpflasters an frischen Stellen, später sind parasiticide Mittel am Orte. Rings um den Flecken Epilation der lockern Haare und wird Chrysarobin 2,0—4,0, auf Lanolin und Oleum olivae ää 30,0, eingerieben wodurch aber Wäsche und Haarfarbe gefährdet wird. Praktisch ist Sublimat (0,1—0,3 auf 4,0 Spiritus rectificatus und 25,0 Oleum terebinthinum), zweimal täglich aufzureiben, allmählich mit der Konzentration übergehen. Innerlich nur im letzten Stadium Pilokarpin 0,01—0,025 abends einzunehmen, besser noch subkutan. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den Kretins, von Lejard. (Pariser Gesellschaft für Biologie. 15. Oktober 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 87.) Bei 14 Kretins aus den niederen Pyrenäen vererbten sich gewisse Veränderungen von Haaren und Nägeln. Die betreffenden Personen hatten kongenital hypertrophische Nägel und relative und absolute Alopecie; Haupthaare, Augenwimpern, Augenbrauen fehlten fast ganz oder vollkommen. Manche Mitglieder der Familie blieben von der Eigentümlichkeit frei. Nur die Kretins aus Salies, wo Salinen vorhanden sind, zeigen diese Eigentümlichkeiten. Manche haben behauptet, die Kretins wären Abkömmlinge von Leprösen, weshalb sie gemieden werden und in der Kirche eigene Sitze haben. Merkwürdigerweise fand L. in Laudes mehrere Fälle von Lepra und in der Nähe von Salies einen Fall von Morvanscher Krankheit, die ja Zambaco auch als Lepra ansieht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gangrän des Fufses nach Erysipel am Kopf und Gesicht, von J. T. H. Davies. (*Brit. Med. Journ.* No. 5. 1892.)

Mann, 64 Jahre alt, acquirierte ein Erysipel des ganzen Gesichts und der Kopfschwarte mit ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen, Delirium, schwachem Puls, T bis 39°5 bei der Morgenvisite. Allmähliche Besserung, aber am neunten

Krankheitstage kehrte das Delirium wieder, und Patient klagte auch über Schmerz im linken Fuſs, welcher kalt, pulslos und mit einem roten Flecken auf dem Spann besetzt war. Trotz geeigneter Behandlung ging der ganze Fuſs in Fäulnis über, und der Patient starb am fünften Tage nach Beginn der Gangrän. Letztere erklärt sich aus der Schwäche der Herzaktion, Verlangsamung des Blutlaufes bei gleichzeitiger Einwirkung der vom Erysipel herstammenden Mikroorganismen.

Philippi-Nieheim.

Ulcera cruris, Thrombose der linken Cruralvene, Embolie der Pulmonalarterie, Tod, von Iwanicki. (*Gazeta Lek.* 1892. No. 48.)

Ein 42jähriges Weib hatte am linken Unterschenkel drei oberflächliche Ulcera varicosa mit granulierendem Boden und harten Rändern. Am 20. Oktober 1891 entsteht plötzlich Herzschwäche, Ohnmachtsgefühl, Fieber: bei Untersuchung: systolisches Geräusch im ersten Interkostalraum rechts vom Manubrium sterni, Puls schwach, arrhythmisch, 90—120, Temperatur 38—39°.

Am 1. Dezember 1891 entsteht Oedem der linken Unterextremität, mit blasser, kalter Haut (der Zustand der Gefäſse wegen des starken Panniculus nicht eruierbar). Am 8. Dezember plötzlicher Tod. Die Autopsie ergab: Thrombose der linken Cruralvene bis zum Ligam. Poupartii, Embolie beider Äste der Pulmonalarterie, akute Milzschwellung, trübe Schwellung der Milz und Leber. *Funk-Warschau.*

Zur Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre, von David Fejer. (*Pest. med.-chir. Pr.* No. 44, 1891.) Das Verfahren des Verfassers ist folgendes: Ätzung mit Lapis, bei dickem diphtheritischen Belag mit Chlorzink, bei gangränösem Belag mit dem Glüheisen; Bedecken mit einem Feuchtigkeit zurückhaltenden Pflaster, Hochlagerung bis zur Lösung des Schorfs; dann Reinigung mit 0,5 ‰ Sublimat, Bepudern mit Jodoform, Auflegen eines Quecksilberpflasters, Wattetampon, dünne, den Unterschenkel deckende Watteschicht, Gazebinde, Flanellbinde; regelmäſsige Massage durch den Verband hindurch. Der Patient kann jetzt herumgehen, nur beim Liegen soll er die Beine hoch lagern. — Resultate sehr günstig. — Hauttransplantation hält Verfasser für überflüssig; bei gröſseren Geschwüren nach Reinigung derselben und Erweichung der Umgebung circuläre Incision. — Zur Nachbehandlung 2—3mal täglich 5—10 Minuten sich hinlegen, den Schenkel hoch heben und bewegen; Gummistrumpf ist praktisch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symmetrische thrombotische Gangrän der Füſse, von J. J. Martinez. (*New York med. Journ.* 29. Okt. 1892.) Ein 55jähriger, verheirateter Arbeiter erkrankte ganz plötzlich ohne bekannte Ursache mit einem anfangs mäſsigen, später heftigen Schmerz in der Mitte der Innenfläche des linken Oberschenkels. Nach etwa zwei Wochen deutliche Gangrän des linken Fuſses, welche bald aufs Bein übergriff. Amputation zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels; die Arteria femoralis enthielt einen grossen Thrombus. Sechs Tage später Beginn ähnlicher Symptome auf der rechten Seite, welche nach weiteren acht Tagen dieselbe Operation rechts nötig machten. Heilung sehr langsam. Es wird aber jetzt Gangrän der oberen Extremitäten befürchtet. Mit Raynaudscher Krankheit deckt sich dieser Fall namentlich schon wegen der Thrombenbildung nicht. *Philippi-Nieheim.*

Zur Frage über die Trendelnburgsche Behandlung der Varikositäten der unteren Extremitäten, von W. W. Prawdoluslow (*Botkinsche Hospitalztg.* No. 3. 1892. *Deutsch. med. Ztg.* 66, 1892.) In zwölf Fällen hat Verfasser diverse Stücke aus der Vena saphena magna ohne Narkose wegen Varicen und Geschwüre entfernt. Das

Resultat war ein glänzendes; in acht Fällen war nachher gar kein Knoten, in vier waren nur Spuren zu sehen. Schmerz, Schwere, Ödeme schwanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Radikalbehandlung der Varicen bei Ulcus cruris, von Quénu. (Path.-chir. Ges. 25. November 1891. *Sem. médicale* No. 38. 1891.) Gegenüber Cerné-Rouen, der bei Unterschenkelgeschwür die Varicen und einen Teil der Saphena resezierte, und das Geschwür als Folge einer Lymphangitis durch Periphletitis auffafst, meint Q., dafs zur Bildung des Geschwüres neben der Infektion, die durch Unsauberkeit unterstützt wird, auch Störungen der Innervation hinzukommen müssen. Es können deshalb die Excisionen der Varicen keinen vollen Erfolg haben. (Bei uns dürfte diese Anschauung keinen Boden finden; wir nennen diese Leiden Stauungsdermatosen und führen sie auf Kreislaufstauungen zurück. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Hämorrhoiden empfiehlt J. Brindley James die äufserliche Anwendung von Kalomel, das mit dem Finger auf die Knoten aufgetragen wird. (*Brit. med. Journ.* 20. Februar 1892.)

Salbe gegen Hämorrhoiden, nach Kosobudski.

Chrysarobin	0,8
Jodoform	0,3
Extr. Bellad.	0,6
Vaselin	15,0

(*L'Union méd.* No. 65. 1892. *Deutsche Mediz.-Ztg.* No. 61. 1892.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Syringomyelie, Diskussion im Anschlufs an einen von Senator gehaltenen Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Ärzte, den 17. März 1892. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1892. 42.) Oppenheim bespricht Formen der Gliomatose, die mit tabischen Symptomen einhergeht. So zeigt er einen Fall, in dem Atrophie, Empfindungslähmung an den Händen, Mykosis, Kyphoskoliose als Zeichen einer Gliose im Cervikalteil bestehen, welche sich auf die graue Substanz beschränken. Daneben findet man aber blitzartige Schmerzen, Blasenbeschwerden, eine Spontanfraktur des linken Oberschenkels, Fehlen der Kniephänomene, geringe Ataxie, also tabische Symptome. Es läfst sich diese Kombination erklären, wenn man annimmt, dafs die Gliosis auch auf die weifsen Hinterstränge übergreifen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über den Schleim des Harns, von Hans Malfatti. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892, No. 46.) In einer Polemik mit Hugo Winternitz, der das Vorkommen eiweifsähnlicher Körper im normalen Harn, aus dem Harnschleim stammend, leugnet, setzt M. des weiteren auseinander, dafs die Versuche von Winternitz nicht mafsgebend seien und daher nichts beweisen. *Jessner-Königsberg i. P.*

Ein Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben, von R. Kutner. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 48.) Da das Methylenblau den Harn intensiv blau färben sollte, so benutzte Verfasser dasselbe als cystoskopisch diagnotisches Hülfsmittel, und ergaben die Versuche folgendes: 1. die Ureteren spritzten nach Gebrauch von 0,1 gr Methylenblau einen Urin heraus, der von schwach meerlilien-grüner Färbung war. Bei gröfseren Dosen ist die Färbung intensiver.

1. Das Methylenblau wird nicht, wie man annehmen könnte, zu einer Leukobase reduziert, die sich erst durch den Sauerstoff der Luft wieder zu einem Farbstoff

umwandelt, sondern wird von den Nieren als Farbstoff ausgeschieden, und zwar als grüner.

3. Schliefslich konnte man bemerken, dafs das Epithel der Blase, die vorher noch gründlich ausgespült war, in ihrem Fundus, speciell aber um die Ureterenmündungen herum, deutlich grün gefärbt war; das Methylenblau ist also nach dem Durchgange durch den Organismus, d. h. nach Ausscheidung durch die Nieren, noch im stande, als grüner Farbstoff lebende Gewebe (Zellen) zu färben.

L. Hoffmann-Berlin.

Über eine Reaktion zum Nachweis von Zucker im Urin, auf Indigobildung beruhend, von G. Hoppe-Seyler. (*Zeitschr. f. physiolog. Chem.* 1883. No. 17.) 5 ccm = 1 Theelöffel einer $^1/_2$ % Lösung von O-Nitrophenylpropiolsäure in Natronlauge und Wasser werden mit 10 Tropfen des Urins versetzt und $^1/_4$ Minute gekocht. Bei Anwesenheit reducierender Substanzen, mindestens 0,5 % Zucker, wird die Lösung dunkelblau, während normaler Urin erst bei Zusatz von 1 ccm Grünfärbung, auch bei gröfseren Zusätzen Blaufärbung gewöhnlich gar nicht giebt. Eiweifsgehalt des Urins beeinträchtigt die Probe nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Auflösung eines harnsauren Blasensteins durch Emser Wasser, beobachtet von B. v. Langenbeck, mitgeteilt von Ed. Aronsohn. (*Berl. kl. Woch.* 1892. No. 41.) Zur Illustration der Möglichkeit, durch alkalische Wässer harnsaure Blasensteine aufzulösen, führt A. einen Fall an, in dem Schönborn und Langenbeck einen kleinen harnsauren Blasenstein konstatirt hatten, dieser aber nach einer 4—5wöchigen Kur in Ems dauernd schwand. Er hatte täglich 1 Glas Kessel, 2 Glas Krähnchen und 2 Glas Viktoria getrunken. Durch Atteste Langenbecks wird die mitgeteilte Thatsache bestätigt. *Jessner-Königsberg i. P.*

Retinol mit Salol (*Retinol salolé*) als 6 % Lösung soll nach Desnos bei manchen Formen der Cystitis Erfolg haben. 5—30 g der Lösung werden in die vorher mit Borwasser ausgespülte Blase injiciert und solange als möglich darin gelassen. In anderen Fällen tritt nicht selten Reizung ein, bei chronischen und besonders bei subakuten ist das Mittel daher sehr geeignet; der Eiter schwindet, der Harndrang nimmt ab. (*Repert. d. pharm.* u. *Journ. d. médec. Allg. med. Centralztg.* 93. 1892.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Gebrauch der Salicylsäure bei der Behandlung gewisser Formen von Cystitis, von John R. Bryson. (*Journ. of cutan. and genito-urinary dis.* Februar 1892.) Die Salicylsäure $^1/_{16}$% löst den Schleim auf, der an der Wand der Blase nach Ausspülungen immer noch als Schicht haften bleibt und die Einwirkung der Medikamente hindert. Bei Geschwüren (tuberkulöse Cystitis), bei trabekulärer Hypertrophie der Blasenwand ist sie kontraindiciert, da sie organische Substanz zerstört; will man sie in diesen Fällen anwenden, dann mufs man mit Wasser nachspülen und zuletzt etwas Arg.-nitr.-Lösung einspritzen. Bei dicken Hornschichten in der Blase injiciert er 2% Salicylsäureglycerin, das er nach einigen Minuten wieder durch Ausspülungen entfernt.

Zur Auflösung des Schleims in der Urethra ist auch Salicylsäure sehr geeignet, ein danach eingeführter, mit Borglycerin bestrichener Katheter haftet dann fest an der Urethralwand und kann zur permanenten Drainage dienen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blasenausspülungen mit Jodoformemulsion bei eitriger Cystitis, von Philippson. (*Chirurgitschesky Wiestnik.* August 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 93. 1892.)

In drei Fällen schwerer Cystitis erzielte der Verfaszer vorzügliche Resultate, indem er die Blase mit Milchsäure (1 : 400) ausspülte und 20,0 einer 10%igen Jodoform-

emulsion (Jodoform. subtiliss. pulverat. 5,0, Mucil. gumm. arab. 2,3, Glycerin pur. 8,3, Aq. dest. 50,0), injicierte und 15 Minuten in der Blase liefs. Wiederholung der Prozedur in mehrtägigen Intervallen. Intern: Salol und Vichy, entziehende Diät. (Warum? Der Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Seltener Fremdkörper in der Blase, von SEYDEL. (*Münch. med. Wochenschr.* August 1892.) Als Ursache einer kruppös-diphtheritischen Entzündung der Blase ergab sich eine in ihr vorhandene Lichtkerze von 1 cm Durchmesser und 8 cm Länge, die der Patient sich angeblich wegen Strikturen in die Urethra eingeschoben hatte. Sectio alta. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Extraktion einer Flasche aus der Blase, von RICHARD COLE NEWTON. (*Med. Record.* Oktober 1892. No. 42.) 24jähriges Dienstmädchen hatte sich ein kleines Fläschchen in die Blase bei ihren Manipulationen vor fünf Wochen hineingebracht. Narkose; Dilatatio urethrae; Extraktion mit schlanker Zange. Die Flasche ($3^1/_4$ Zoll lang, die Mündung $^1/_2$ Zoll weit, nach dem Boden an Umfang zunehmend) war prachtvoll inkrustiert. Heilung nach fünf Tagen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unblutige Extraktion einer Haarnadel aus der weiblichen Harnröhre unter Leitung des Cystoskops, von SCHENDEL. (*Therap. Monatsh.* September 1891.) Die Nadel safs mit beiden Spitzen in die rechte Blasenwand eingebohrt, der obere Teil ragt nach hinten oben in das Lumen hinein. Zuerst wurde sie mit schlanker Zange aus der Blasenwand herausgehebelt, dann wurde sie mit einem neben dem Cystoskop eingeführten Häkchen umgriffen und extrahiert. Poliklinische Behandlung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vollständig undurchgängige Striktur der Harnröhre. Urethrotomia externa, von GUYON. (*La France médic.* 13. Mai 1892.) Der Kranke leidet an fast vollständiger Urinverhaltung infolge einer undurchgängigen Striktur der Harnröhre gonorrhoischen Ursprungs. Da der Urin septisch war und man die Striktur deutlich an einer Stelle fühlte, wurde die Urethrotomia externa gemacht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tumor der Blase: Tod durch Hämorrhagie, von GUYON. (*La France médic.* 13. Mai 1892.) Kurz vor der Operation starb der 40 Jahre alte Patient, bei dem mit Hülfe eingeführter Kautschuksonde und bimanuellen Touchierens ein weicher, gestielter Tumor der Blase diagnostiziert war, an einer starken Hämorrhagie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Blasenkatarrhs, von JAMES TYSON. (*The Times* u. *Reg.* 5. Dezember 1891.) 1. Akute Cystitis: Bettruhe, Blutegel am Darm, Kataplasma auf Darm und Bauch; reichliche Flüssigkeitszufuhr (Wasser mit Kalium citricum oder aceticum); Salpeteräther (zweistündlich 7,5 (?) in Sol. Kalii citrici 12:150); Opium- oder Morphium-Zäpfchen; Eiswasserklystiere, Einlegen von Eisstücken in den Mastdarm.

2. Chronische Cystitis: Verdünnung des Urins am besten durch Trinken von Brunnenwasser oder Aqua destillata; keine Alkalien, dagegen Benzoesäure in grofsen Dosen (0,3, 6mal täglich); Balsamica, am besten Ol. Santali (10 Tropfen in Kapseln 8—12mal täglich); Ausspülungen zuerst mit lauem Wasser, ca. 120 g, nach einigen Tagen mit Sol. Natr. salicyl. (4,0:500,0) oder Sol. acid. boric. (4,0:500,0) oder Borax 30,0, Glycerin 60,0, Aq. 60,0 (davon 15,0 auf 120,0 Aq.); bei starker Sekretion eine laugenhaft schmeckende Alaunlösung, bei fauligem Geruch Sublimat (1:25000); Kokain wirkungslos; Salol unsicher. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Blasenruptur von P. A. LLOYD. (*The Lancet* 6. Febr. 1892.) 1. Ein 24 Jahre altes Fräulein zog sich eine extraperitoneale Zerreifsung der Blase

bei einem Eisenbahnunfall zu dadurch, daſs ihr eine schwere Last auf den Bauch fiel. Einen Monat danach Incision des Abdomens, Entleerung von 30 Unzen faulen Harns und Gewebsfetzen. Der Blasenriſs saſs hinten unten an der Mündung des linksseitigen Ureters. Heilung durch Drainage in zwei Monaten trotz interkurrenter Thrombose der Vena axillaris sinistra. — 2. Einem 30 Jahre alten Manne fiel beim Sturz vom Wagen ein anderer auf den Bauch; 24 Stunden später Laparotomie; Blasenruptur an der Hinterseite der Blase. Tod während der Operation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Prolaps der weiblichen Urethra, von Ludwig Kleinwächter. (*Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkologie,* Band 22, Heft 1.) Verfasser hat aus der Litteratur 50 eingehend beschriebene und 27 summarisch wiedergegebene Fälle von Prolaps der weiblichen Urethra gesammelt, die er in einer Tabelle aufführt. Auf Grund seiner Studien und eigner Beobachtungen kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Der Urethralprolaps ist durchaus kein so seltenes Vorkommnis, als man gewöhnlich annimmt. 2. Die Ätiologie des Urethralprolapses ist bis nun noch nicht genau bekannt, so viel ist jedoch sicher, daſs in Bezug auf dieselbe das Alter die gröſste Rolle spielt. 3. Kinder erkranken am häufigsten, wahrscheinlich infolge der dem Kinde eigentümlichen topographisch-anatomischen Verhältnisse der Blase und Urethra. 4. Nächst den Kindern erkranken, wenn auch schon bedeutend seltener, am ehesten alte, schon in der Menopause befindliche Weiber. Wahrscheinlich ist das durch senile Involution bedingt. 5. Weiber, die sich in der Blüte des Geschlechtslebens befinden, erkranken am seltensten, trotzdem sie scheinbar den schädlichen Momenten, die einen Urethralprolaps bewirken könnten, am meisten ausgesetzt sind. — 6. Der Urethralprolaps ist, je nach der Stelle, an welcher die Ablösung der Mucosa von der Unterlage beginnt, von verschiedener Bedeutung und erfordert demzufolge auch ein verschiedenes operatives Eingreifen. 7. Die Ablösung der Mucosa von ihrer Unterlage im vordersten Abschnitte der Urethra mit nachfolgendem Vorfalle, der Prolaps im engeren Sinne des Wortes, erfordert zu seiner Beseitigung nur einen leichteren operativen Eingriff, nämlich die Abtragung mit dem Messer oder der Scheere und nachfolgende Vernähung der zurückbleibenden beiden Schleimhäute. 8. Löst sich die Mucosa dagegen höher oben im Urethralrohre von ihrer Unterlage ab und fällt sie dann später vor, so ist dies kein einfacher Prolaps, sondern eine Inversio mucosae cum prolapsu. Ein solcher Prolaps erfordert die Eröffnung der Urethra und die Abtragung der von ihrer Unterlage abgehobenen Mucosapartie in situ mit nachfolgender Vernähung der gesetzten Wunde. 9. Läſst man es unbeachtet, welcher Art der Prolaps ist, und trägt man schablonenhaft die vorgefallene Mucosa von auſsen ab, so kann man damit einen schweren Schaden anrichten. 10. Die Unterbindung des Vorfalls widerspricht allen Vorschriften einer antiseptischen Chirurgie.

Jessner-Königsberg i. P.

Erektion und Samenergufs bei Erhängten, von Ebertz. (*Vierteljahrsschrift f. ger. Med.* III. Folge, IV. Bd.) Casper-Limau bezeichnet die Erektion und Samenentleerung bei Erhängten als eine Fabel, die Erektion als eine durch Fäulnis entstandene. Diese Ansicht ist bereits durch eine Beobachtung von Feld widerlegt. Verfasser fügt einen neuen Fall hinzu: Die Leiche eines 71jährigen Potators, aufrecht in der Thürecke stehend, ohne jede Spur von Fäulnis, zeigte 6 Stunden nach dem Tode eine Erektion; vor ihr auf der Erde, an der Vorhaut, an einem Haar des Skrotum Flecke von ejakuliertem Samen. Der Samenergufs ist keine Leichenerscheinung, sondern ein physiologischer Vorgang, der auch ohne Erektion eintreten kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Eine Harnröhrenspritze, von W. E. Burton. (*Brit. Med. Journ.*, 12. November 1892.) Dieser kleine, zweckmäfsige Apparat dient zur Behandlung von schmerzhaften Stellen in der Harnröhre und besteht aus einem kleinen Glascylinder mit einem langen feinen Ansatzrohr aus Hartgummi. Dasselbe trägt am unteren Ende eine kolbige Verdickung mit einer Anzahl von feinen Ausflufsöffnungen. Man führt den nur mit Wasser schlüpfrig gemachten Kolbenteil bis über die schmerzhafte Stelle hinaus ein und zieht dann, langsam drehend, zurück, indem man durch Druck auf den Spritzenstengel einige Tropfen der anzuwendenden Flüssigkeit (Argentum nitricum-Lösung) auspreſst. Die Wirkung soll eine sehr gute sein. *Philippi-Nieheim.*

Eine neue Behandlungsweise der akuten Gonorrhoe, von C. E. Cotes. (*The Lancet*, 27. Febr. 1892.) Nachdem der Patient uriniert, wird ein Endoskop bis an die Grenze der Erkrankung, eventuell nach vorheriger Injektion einer 10 % Kokainlösung, eingeführt, d. h. nach dem Autor in den ersten Tagen 4—5 Zoll tief; Reinigung der Schleimhaut mit Wattebäuschchen, dann Einführung eines mit 2,0—2,5 % Arg.-nitr.-Lösung getränkten Wattestückchens, das zusammen mit dem Endoskop herausgezogen wird und dabei die Harnröhre ausgiebig berührt. Die brennenden Schmerzen schwinden nach 5—10 Minuten. Ruhiges Verhalten für 1—2 Tage, warmes Bad, salinisches Abführmittel, Copaivabalsam, 6 mal täglich Injektion einer ganz milden Lösung; letztere aber nicht vor dem Schlaf, da dann leicht Chorda auftritt. — Vollständige Heilung bei 42 Fällen im Durchschnitt in 12 Tagen, nachdem in den ersten Tagen eine Absonderung dicken rahmigen Eiters erfolgt ist. Eine zweite Applikation war niemals nötig. — Die Methode ist nicht anwendbar, wo das Orificium externum zu eng oder die Entzündung schon zu weit in die Tiefe vorgeschritten ist.

Jessner-Königsberg i. P.

Vollkommene Vereiterung des Hodens infolge gonorrhoischer Hoden- und Nebenhodenentzündung, von L. Pérignon. (*Journ. des sciences médicales de Lille.* No. 7. 1892.) Verfasser teilt einen Fall von wahrer gonorrhoischer Orchitis mit, die ja äufserst selten ist, mit Ausgang in Vereiterung und Zerstörung der Hodensubstanz. Nach einer Incision entleert sich Eiter, und 14 Tage später wurde der ganze Hoden eliminiert. — Der Nebenhoden blieb intakt und geschwollen, so dafs der Patient den Defekt nicht weiter merkte und sich der Illusion hingeben konnte, ferner zwei Hoden zu besitzen. Er hatte nach des Verfassers Ausdruck einen „testicule moral".

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die gonorrhoische Infektion und ihre Behandlung, von Bumm. (IV. Kongrefs der deutsch. Gesellsch. für Gynäk. Mai 1891.) B. betont, dafs die Scheide kein geeigneter Einbettungsort für die Gonokokken sei, und dafs diese meistens den inneren Muttermund nicht passieren. Nur in 3 % der Fälle von Gonorrhoe fand er eine Erkrankung der Adnexa des Uterus. B. warnt davor, durch Einspritzungen bei der Behandlung die Gonokokken in die Uterushöhle hinaufzubringen.

Jessner-Königsberg i. P.

Über die Tripperinfektion beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen, von Bumm. (*Münch. med. Woch.* 1891. No. 50 u. 51.) B. betont die Wichtigkeit des Nachweises des Gonokokkus bei der Erkennung des Trippers beim Weibe. Auf Grund von 132 Fällen kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Der gonorrhoische Infektionsprozefs spielt sich beim Weibe als oberflächliche Schleimhauterkrankung ab. Jahrelang können die Gonokokken in den Sekreten sich vermehren. 2. Die Gonokokken führen nie zu septischen Processen. 3. Die mit Cylinderepithel bekleideten Schleimhäute erkranken am leichtesten; so Harnröhre und Cervix uteri. Vaginitis gonorrhoica acuta ist selten,

Vaginitis gonorrhoica chronica kommt gar nicht vor. Ernste Gefahr tritt nur ein bei Überschreiten des orificium internum und Übergang auf das Endometrium. 4. Zur Infektion der Uterushöhle kam es nur in 8 %, zur Infektion der Tuben in 2 % der Fälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdrüsen am Penis nebst Bemerkungen zur Pathologie des gonorrhoischen Prozesses, von Dr. Touton. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892, No. 51.) Nach der im Jahre 1889 erfolgten Publikation gelangte Verfasser zu folgenden Resultaten:

1. Im Gegensatze zu Bumms Lehre von der ausschliefslichen Lebensmöglichkeit der Gonokokken im Cylinderepithel wurde der Nachweis erbracht, dafs sie in mehrfach geschichtetes Plattenepithel sehr wohl eindringen und darin fortkommen können.

2. Die wesentliche Bedingung für das Eindringen der Gonokokken ins Gewebe ist nicht in der Form der Epithelzellen, sondern in anderen physikalischen und vielleicht auch in noch unbekannten chemischen Verhältnissen zu suchen.

3. Die Ansicht Ödmanssons, dafs es sich bei den gonorrhoisch erkrankten präputialen Gängen um abgeschlossene, dilatierte Lymphgefäfse handele, welche sich einen Ausgang durch die Haut oder Schleimhaut bohrten, konnte er nicht bestätigen. In seinem Falle handelte es sich vielmehr um eine Epidermiseinsenkung, wahrscheinlich eine Tysonsche Drüse.

4. Die gonorrhoische Entzündung der paraurethralen und präputialen Krypten kann nach Abheilung des Urethraltrippers weiter bestehen und könnte deshalb zur Infektion der Genitalien des Weibes beim Coitus, sowie zur Autoreinfektion der Urethra des Mannes Veranlassung geben.

5. Infolge dessen ist der Behandlung dieser anscheinend geringfügigen Affektion besondere Sorgfalt zu widmen. Stets ist die Absonderung auf Gonokokken zu untersuchen. Handelt es sich um Gonorrhoe, so ist bei geeignetem Sitze die Excision das sicherste und die kürzeste Heilungsdauer verbürgende Verfahren. Beim Sitze an der Glans, insbesondere neben dem Orificium urethrae, sind die Vorschläge der skandinavischen Forscher, Einführen feinster, mit Lapis armierter oder mit Watte umwickelter und in Lapislösung oder Jodtinktur getauchter Sonden, oder Martineaus Verfahren, Applikation des kalten, nach dem Aufsetzen zum Glühen zu bringenden Galvanokauters nachahmenswerth.

Verfasser beschreibt zwei neue Fälle von gonorrhoischer Entzündung in den kleinen Drüsen am Penis, bei denen er durch Exstirpation in die Lage kam, wieder eine mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Diese Untersuchung bestätigt die oben erwähnten Resultate. Sie bestätigt ferner die Beobachtung Campanas, dafs die Talgdrüsen des Penis gonorrhoisch erkranken können, und macht es wahrscheinlich, dafs der gröfste Teil der sogenannten paraurethralen und präputialen Gänge durch die Erkrankung veränderte Talgdrüsen sind. Sie erweist weiterhin die Fähigkeit des gonorrhoischen Virus, auch in diesen Gebilden des Epithel zur Wucherung und Umbildung anzuregen. Schliefslich dient die Untersuchung zum weiteren Beweis für die Existenz einer chronisch gonorrhoischen Entzündung in den genannten Gebilden und einer nach Verschwinden der Gonokokken oder auch ohne deren Vorhandensein möglichen, andere Mikroorganismen enthaltenden chronischen Entzündung.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die juxta-urethralen Gänge als Ursache chronischer Blennorrhoe und über deren Operation, von D. Aldor. (26. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher zu Kronstadt, 22—25. Aug. 1892. *Wien. med. Woch.*, 1892. No. 48.) Bei einem Manne, dessen Gonorrhoe in 3½ Jahren nicht zu beseitigen gewesen war, fand A. 2 mm hinter der äufseren Urethralmündung eine stecknadelkopfgrofse Öffnung,

aus welcher Gonokokken enthaltender Eiter ausgedrückt werden konnte. Durch diese Öffnung gelangte A. in einen 2 cm langen Kanal, der in die Urethra mündete. Blutige Spaltung des Kanals, dauernde Heilung der Fistel und der Blennorrhoe.

Jessner-Königsberg i. P.

Verschiedenes.

Impfkrankheiten und Asepsis der Impfung, von L. Pfeiffer. (Verhandlung der IX. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Verlag von J. F. Bergmann. 1892.) Von Infektionen, die mit der Lymphe übertragen werden können, kommen in Frage:

1. Syphiliskontagium; kann vermieden werden durch die Verwendung von Kälberlymphe.
2. Das Erysipelkontagium, Eiter und Septikämiebakterien; zu vermeiden durch sorgsame Beobachtung des Stammimpflings, Kind oder Kalb.
3. Das Impetigokontagium, fast nur mit der Kälberlymphe verbunden; schwer zu vermeiden, aber ungefährlich.
4. Herpes circinatus.
5. Tuberkelbacillus; Übertragung noch nicht nachgewiesen; nicht fiebernde oder abgemagerte Kälber sind nicht tuberkulös; Abimpfung von skrophulösen Kindern verboten.
6. Lepra; in Lepragegenden humanisierte Lymphe verboten.
7. Skorbut; Übertragung noch nicht festgestellt.

Für 1, 2, 3, 5 und 6 können Hände und Instrumente als Vermittler gelten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bleichen geschwärzter Zähne nach Anwendung von Sublimatlösungen oder Borsäurelösungen als Mundwässer wird bewirkt durch Abreiben mit

Sulfur. depurat.	100,0	oder	*Sulfur. depurat.*	50,0
Ol. Menth. pip.	0,5		*Magn. ust.*	40,0
			Menthol	2,0
			Glycerin q. s. ut f. pasta.	

(*Pharmaceut. Centralh.* 1892. No. 39.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Rhinoplastik der Sattelnase finden sich in *Chirurgitscheskaja Letopis* 1891. No. 1. und 1892. No. 4. Mitteilungen von Diakonoff, Bobroff, Sklifassowsky, Kunekoff. Alle operierten nach der Methode von Diakonoff: $\wedge$artiger Schnitt mit der Spitze nach der Glabella, den Schenkeln zu beiden Seiten der Nase nach den Nasenflügeln hin; Abpräparieren des so begrenzten Hautlappens von den Nasenknochen. Bildung eines Hautknochenlappens aus der Stirn (1 : 5 cm) mit der Basis an der Nasenwurzel. Umschlagen dieses Lappens, so dafs die Hautoberfläche auf dem Nasenknochen liegt. Bedecken der blutigen Fläche des Stirnlappens mit dem Nasenhautlappen. Nath der Ränder des $\wedge$Schnitts und des Stirndefekts. — Das kosmetische Resultat soll vorzüglich sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta, von J. Gurowitsch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Die bisher in ihren pathologischen Beziehungen wenig gewürdigte Zungentonsille bildet ein flaches, wenig erhabenes Stratum hinter den Papillae circumvallatae,

zu beiden Seiten bis zur Basis des Arcus palato-glossus reichend. Die akute Entzündung derselben, die ganze Drüse oder nur einen Teil derselben ergreifend, führt zu einer sogar die Sinus glosso-epiglottici bedeckenden unebenen, höckerigen Schwellung und steht in Beziehung zur Angina epiglottica. Diese äufsert sich in einer starken Rötung der Epiglottis besonders nach der Zungenseite hin, ohne weitere Beteiligung des Rachenraumes und des Kehlkopfinnern. Ebenso hängt die Glossitis acuta idiopathica mit der Entzündung der Zungentonsille zusammen, stellt eigentlich eine Peritonsillitis dar. 13 Fälle erläutern das Gesagte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pastillen gegen Foetor ex ore:

Coffeae tost. pulv.	75,0
Carbon. pulv.	25,0
Acid. boric. pulv.	25,0
Saccharini	0,65
Tinct. Vanill. et Mucil. Gum. q. s.	
Mfpastillae ponderis	0,7

(*L'Union médicale.* 1891. No. 70.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathogenese der Stomatitis mercurialis, von Lermoyez. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 568.) Neuerdings geht die Ansicht bekanntlich dahin, dafs das Hg an der Stomatitis mercurialis völlig unschuldig, dafs dieselbe rein septisch sei, durch die vielen septischen Bacillen im Mund hervorgerufen werde. De Renzi will diese Stomatitis in zwei Fällen sogar mit Quecksilber geheilt haben. Demgegenüber veröffentlicht L. nun einen Fall, in welchem durch Gurgelungen mit einer Hg-Lösung eine Entzündung des Mundes erzeugt wurde. Er schliefst sich im ganzen der Auffassung Bockharts an; danach verhindert das Quecksilber die Erneuerung des Epithels, das bei jeder Mahlzeit von der Mundschleimhaut abgestofsen wird, und schafft so den Bakterien des Mundes einen günstigen Boden. Die Heilung der Stomatitis erreicht man mit einer Antisepsis des Mundes durch Salicylsäure u. s. w.

Türkheim-Hamburg.

Berichtigung.

In Heft 5 dieses Bandes, S. 223, Absatz 2, Zeile 7 ist statt intercellulär zu lesen: intracellulär.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 8. 15. April 1893.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zum Nachweise des Fibrins in den Geweben, speciell in der Haut.

Von

P. G. Unna.

Seitdem Weigert uns lehrte, das Fibrin in scharfer Weise tinktoriell darzustellen, ist wohl in allen Gebieten der Pathologie mit dieser Methode geforscht worden. Eine neuere Arbeit von Ernst[1] zeigt, wieviel Licht dieselbe über alte Probleme verbreitet, und wieviel neue Anregung, ja, wieviele neue Probleme aus ihr entspringen. Natürlich hat sie auch für die fibrinösen Entzündungen der Haut zum ersten Male einen festen Boden bereitet. Wir können jetzt erst die fibrinösen Entzündungen der Cutis und der Oberhaut schärfer umgrenzen und gelangen zu der Erkenntnis, dafs es in der That echte fibrinöse Entzündungen beider Hautschichten giebt, und dafs wir uns nicht mehr mit dem vorsichtig nebelhaften Begriff der serofibrinösen Entzündung in den einschlägigen Fällen zu begnügen brauchen. Die Methode deckt uns aber weiter ungeahnte Gesetzmäfsigkeiten in der Verbreitung des Fibrins in den Geweben auf, welche zu ganz neuen und den ersten sicher begründeten Schlufsfolgerungen über Art und Wege der Fibrinabscheidung führen.

Auf alle diese neuen, durch die Weigertsche Methode erlangten Fortschritte unserer Kenntnisse will ich an diesem Orte nicht eingehen, sondern nur einen selbständigen Beitrag zum Nachweise des Fibrins liefern, welcher vielleicht für andere Forscher wieder als Anregung zu weiterer Untersuchung dieses noch ebenso dunklen wie wichtigen Produktes dienen wird.

Es könnte nach dem Gesagten überflüssig erscheinen, eine neue Färbemethode des Fibrins mitzuteilen; aber wer selbst häufig mit der Weigertschen Methode gearbeitet hat, wird anderer Meinung sein. Denn erstens färben sich mit dieser Jod-Pararosanilin-Anilin-Xylol-Methode

[1] Ernst, Über das Vorkommen von Fibrin in Nierencylindern. *Ziegler's Beiträge*, Bd. 12. pag. 553.

bekanntlich gleichzeitig Bakterien, Keratin, ein Teil des Kollagens und manche Kerne, die Kernkörperchen und Mitosen, die Herxheimerschen Spiralen, Keratohyalin, viele hyaline Produkte und alle vorher künstlich wasserarm gemachten Gewebe. Abgesehen von denjenigen Körpern unter den genannten, deren Natur selbst noch problematisch ist — wie die Spiralen, die Hyaline — ist diese Vielseitigkeit der Reaktion nicht von Belang. Aber wer hätte gerade bei der Untersuchung der letztgenannten Gewebsbestandteile nicht schon den Wunsch gehegt, eine Kontrollreaktion auf Fibrin zu besitzen?

Weiter wissen wir aber auf Grund chemischer Untersuchungen ebensowohl wie nach den histologischen Charakteren, dafs es verschiedene Arten von Fibrinen giebt, und es ist von vornherein gar nicht wahrscheinlich, dafs die Weigertsche Methode ein gleich gutes Reagens auf alle Arten und Formen derselben ist. Mir scheint es, dafs dieselbe das fädige Fibrin am besten zur Geltung bringt; die tropfenförmigen und körnigen Gerinnsel sind farbschwächer, häufig verwaschen und leiten so unmerklich zu ähnlichen, nicht fibrinösen, z. B. durch Alkohol geronnenen Eiweifsprodukten (seröser Entzündungen) über, dafs es oft unmöglich ist, zu sagen, wo das Fibrin anfängt und das auf andere Weise koagulierte Serum aufhört. Und wie wird es nun mit chemisch differenten Fibrinen sich verhalten? Ist es da nicht wünschenswert, eine ganze Reihe von Kontrollmethoden für das Fibrin zu besitzen?

Endlich drittens ist die Weigertsche Methode, wenn auch nicht sehr kompliciert, doch nicht leicht zu handhaben. Anfänger in der Histologie werden ihrer gar nicht Herr, und auch nach längerer Übung kann man nicht in jedem Falle für die Güte der Färbung einstehen. Vor allem stören nach meiner Erfahrung unliebsame Mitfärbungen des Kollagens; die Hautschnitte behalten dann im ganzen ein blauviolettes Aussehen. Sodann müssen die Schnitte sehr dünn sein, weil sie sich sonst im Anilin-Xylol krümmen und sich nicht wieder ausbreiten lassen. Je dünner sie sind, desto eher fallen aber die für die Fibrinfärbung wichtigen Exsudate, wie Bläschen-, Eiterinhalt, auch an Celloidinpräparaten, aus; man mufs dann die ganze Procedur, einschliefslich der Färbung auf dem Objektträger, vornehmen, was weder in Hinsicht des Objektes noch der Finger eine ganz saubere und leichte Arbeit ist. Diesen kleinen technischen Schwierigkeiten glaube ich es zuschreiben zu müssen, dafs die Weigertsche Fibrinfärbung nicht so populär geworden zu sein scheint, wie sie es in Ansehung ihrer Resultate verdient. Folglich ist eine leicht auszuführende neue Methode ebenso willkommen, wie eine Modifikation der Weigertschen Vorschrift es wäre, die alle jene Übelstände definitiv beseitigt.

Im Folgendem teile ich deshalb erstens eine neue bedeutend ein-

fachere Fibrinmethode mit, auf die ich im vorigen Jahre durch Zufall kam und zweitens diejenige Modifikation der WEIGERTschen, welche sich in meinem Laboratorium als die (für Hautschnitte) praktischste herausgebildet hat.

I. Neue Methode der Fibrinfärbung.

Auf die Thatsache hin, dafs die basischen Anilinfarben im allgemeinen eine doppelte Reihe von gerbsauren Salzen bilden, von denen diejenigen mit weniger Tannin in Wasser unlöslich, die mit mehr Tannin löslich sind, machte ich schon vor 6 Jahren Versuche, das Tannin in koncentrierter Lösung zur Entfärbung von basisch gefärbten Schnitten zu verwenden. Ich erzielte damals auf diese Weise isolierte Färbung von Mitosen und hyalinen Produkten, verfolgte die Sache jedoch später nicht, da ich zur Darstellung der Mitosen an Alkoholpräparaten noch bessere Methoden auffand, und die Darstellung des Hyalins überhaupt eine leichte ist. Neuerdings wieder mit dem Studium hyaliner Produkte beschäftigt, erinnerte ich mich der älteren Erfahrung und beauftragte meinen Präparator, Herrn COLHOUN, mit der Durchfärbung einer gröfseren Reihe von Dermatosen, die hyaline Produkte enthielten, mittelst Methylenblau und Tanninentfärbung. Darunter waren auch solche, welche — wie das Erysipel, der Milzbrand — fädiges und körniges Fibrin enthielten, und ich fand zu meinem Erstaunen das letztere sehr scharf und stark gefärbt und deutlich aus der Umgebung hervortreten, obgleich eigentlich alle Gewebsbestandteile bei dieser Entfärbung mehr oder minder gefärbt bleiben.

Ich verwende stets ein polychromes,[2] Methylenviolett und Methylenrot enthaltendes Methylenblau,[3] und das Tannin hat die Eigenschaft, auch die letzteren Farbbestandteile auf dem fädigen, dem körnigen Fibrin und den roten Blutkörperchen, und zwar in verschiedenem Grade zu fixieren und dadurch alle Bestandteile des Blutes und der Exsudate in verschiedenen Farbennuancen darzustellen. Das fädige Fibrin ist schwarzblau gefärbt und so scharf gezeichnet, wie bei der WEIGERTschen Methode, ebenso treten die total fibrinoid entarteten Epithelien beim Zoster und den pockenähnlichen Exanthemen gleich stark gefärbt bei beiden Methoden hervor. In Bezug auf das körnige Fibrin scheint mir jedoch die Tanninmethode mehr zu leisten, und hier ist schon ein Punkt, in welchem vorkommenden Falles die Resultate beider Methoden vergleichend herangezogen werden müssen. Die Tanninmethode zeigt bei vielen Blutungen, bei fibrinösen Entzündungen die Bindegewebsmaschen von kleinen, annähernd gleich grofsen, blauen Körnchen durchsetzt, welche mittelst der WEIGERTschen Färbung sich nur schwach oder gar nicht specifisch färben.

[2] S. UNNA, Über die Reifung unserer Farbstoffe. I. Methylenblau. *Zeitschr. f. wiss. Mikr.* Bd. VIII. pag. 475.

[3] Vorrätig bei Dr. GRÜBLER, Leipzig.

Dieselben scheinen kugelrund zu sein, da man keine platten Seitenansichten zu sehen bekommt, und haben etwa die Gröfse von Kernkörperchen der Epithelien. Für ihre fibrinöse Natur spricht nicht blofs ihre mit fädigem Fibrin oft gleiche Färbung, sondern vor allem, dafs sie in gerinnendem Blute den roten Blutkörperchen aufsitzen und die Fibrinfäden einhüllen. Man findet sie aber auch bei Abwesenheit von Blutzellen und fädigem Fibrin, teils in ungefärbtes Serum eingebettet, teils in wolkig oder feinkörnig geronnenen Massen und in diese übergehend. Dieselben verdienen gewifs, genauer studiert zu werden.

Aufser fibrinösen Körpern hebt die Tanninmethode noch eine grofse Anzahl anderer Stoffe hervor, vor allem Keratin, Hyalin, die Herxheimerschen Spiralen und den Inhalt der Kerne. Die letzteren werden bekanntlich durch die Weigertsche Methode auch manchmal stellenweise mit tingiert, ohne dafs man eine Regelmäfsigkeit, die zur Aufstellung verschiedener Kernformen berechtigte, darin konstatieren könnte. Bei der Tanninmethode wird dagegen die Farbe auf allen Kernen stark fixiert, und wenn man hierin auch zunächst einen Nachteil der Methode zu erblicken geneigt ist, so begründet diese Fixierung auch wieder einen eigentümlichen Vorzug derselben. Es trennen sich nämlich die Kerne, wie mir scheint, ziemlich scharf in solche, auf denen hauptsächlich Methylenblau und solche, auf welchen Methylenviolett fixiert wird. Diese Arten der Kerne unterscheiden sich auch sonst in Gröfse, Form und Chromatingehalt, so dafs auch diese tinktorielle Differenzierung eines eigenen Studiums wert ist. Das Methylenrot wird, wie gewöhnlich, so auch durch die Tanninentfärbung auf den Mastzellen fixiert; aufserdem aber auf gewissen Bacillenarten, worüber ich demnächst besonders berichten werde. Das Protoplasma der Plasmazellen tritt blau hervor, aber — im Gegensatz zur Darstellung mittelst Glycerinäthermischung — als eine fast ganz homogene Masse.

Die Ausführung dieser Methode ist sehr leicht und durchaus sicher und hat darin entschieden einen kleinen Vorzug vor der Weigertschen. Die Schnitte aus in Alkohol gehärtetem Gewebe müssen möglichst fein sein. Sie kommen 10—20 Minuten in die polychrome Methylenblaulösung und dann nach rascher Abspülung in Wasser auf 2—5 Minuten in eine konzentrierte wässerige Tanninlösung, werden sodann lange und gründlich in Wasser von überschüssigem Tannin befreit, in Alkohol absolutus entwässert und durch Bergamottöl in Balsam gebracht. Die Zeit des Tanninaufenthaltes richtet sich nach der der Methylenblaubehandlung; dauert die letztere 10 Minuten, so kann man schon sicher auf das Hervortreten des Fibrins rechnen, mufs dann aber mit der Entfärbung vorsichtig verfahren. Besser ist es deshalb, die Blaufärbung auf 20 Minuten und mehr auszudehnen, eine Entfärbung des Fibrins kommt dann auch bei längerem

Aufenthalt in Tannin nicht leicht vor. Läfst man die Schnitte stundenlang im Blau, so kann man immer noch durch eine protrahierte Tanninbehandlung das Fibrin darstellen; ich ziehe jedoch die rasche Entwickelung vor. Am besten ist es, nach 2 oder 3 Minuten den Schnitt in Wasser abzuspülen; wenn er dann die diffuse Färbung verloren hat und ein marmoriertes Aussehen erhält, ist er gewöhnlich schon gut, oder ein kurzes nochmaliges Eintauchen in Tannin vollendet die Entwickelung.

Eine Gegenfärbung, z. B. der Kerne oder des Kollagens anzubringen, ist nicht leicht und im allgemeinen zu widerraten, da gewöhnlich die Fibrinfärbung darunter leidet. Mir ist bisher wenigstens weder eine sichere Vor- noch Nachgegenfärbung geglückt. Das ist gewifs ein Nachteil der WEIGERTschen Methode gegenüber, die so gut eine Karminvorfärbung zuläfst. Ist eine Färbung des Kollagens in Kontrastfarbe durchaus wünschenswert, beispielsweise zur Differenzierung von Fibrinfasern und abgelösten kollagenen Fasern in einer Blutung oder ödematösem Gewebe, so ist es noch am zweckmäfsigsten, die aus dem Tannin kommenden Schnitte in eine Lösung von einigen Körnchen reinen Säurefuchsins in konzentrierter Tanninlösung zu bringen.[4] Es bildet sich eine schöne Auslese im Schnitte, aber ein Übermafs der Entfärbung schädigt auch leicht die Fibrindarstellung.

II. Eine einfach zu handhabende Modifikation der WEIGERTschen Fibrinfärbungsmethode.

Es ist bei Hautschnitten sehr wichtig, der eigentlichen Fibrinfärbung stets eine solche mit Pikrocochenille oder Pikrokarmin vorhergehen zu lassen. Denn da durch die Methode Keratin ebenso electiv gefärbt wird wie Fibrin, so erhält man über die Fibrincoagula der Hornschicht nur Auskunft, wenn das Keratin gleichzeitig durch eine saure Farbe sowohl präoccupiert, wie später noch einmal umgefärbt wird.[5] Als erstere figuriert am zweckmäfsigsten die Pikrinsäure. Deshalb ziehe ich die obigen Farben dem gebräuchlichen Alaunkarmin für die Haut vor.

Die so vorbereiteten Schnitte kommen statt in die gebräuchliche Anilin-Gentianalösung in folgende Mischung:

Gentianaviolett	1,5
Alaun	10,0
Wasser	100,0

Diese Mischung hat verschiedene Vorteile vor der Anilinwasserlösung. Sie hat gar keine Neigung, wie jene, zur Bildung teeriger Häutchen, haftet nicht am Glase, läfst sich leicht wieder abspülen, hält sich

[4] Nebenbei eine prachtvolle Methode für hyalin degenerierende Bindegewebszellen, die das Hyalin blauviolett in rotem Protoplasma zeigen.

[5] Ganz dieselbe Vorsicht ist aus demselben Grunde bei der Bakterienfärbung mittelst dieser Methode notwendig.

unbegrenzt klar, ohne abzusetzen, und ist deshalb reinlicher im Gebrauche. Aus demselben Grunde lassen sich die gebrauchten Lösungen zurückfiltrieren und immer wieder benutzen, weshalb der Verbrauch der Alaunlösung ein weit sparsamerer ist, als der der Anilinwasserlösung. Diese Vorteile entspringen daraus, daſs der Alaun als saures Salz die basischen Eigenschaften des Farbstoffes abschwächt, während das basische Anilinwasser sie verstärkt; andererseits begründet die schwächere Basicität der Lösung aber keine geringere Tinktionskraft; die sonstigen beizenden Eigenschaften des Alauns scheinen dieselbe eher zu verstärken und jedenfalls die geringere Basicität zu kompensieren. Die Farbe der Alaunlösung ist eine mehr ins Rötliche spielende.

In dieser Lösung verweilen die Schnitte 10 Minuten, werden in Wasser rasch abgespült und kommen in die Jodlösung. Als solche verwende ich ausschlieſslich die 1885 von mir angegebene Mischung von KJ und H_2O_2 aus den damals erörterten Gründen: es kommt nie zu schwer löslichen Jodniederschlägen; da weiter fortwährend freies Jod entwickelt wird, ist die Lösung stets maximal jodierend und wegen der Nebenbestandteile doch nie zu stark. Ein Aufenthalt von 5 Sekunden genügt schon auf der Höhe der Jodentwickelung, doch läſst man den Schnitt ohne Schaden eine Minute in derselben. Man improvisiert die Lösung stets, indem man in ein kleines Schälchen mit Wasser einen Krystall KJ und einige Tropfen der käuflichen H_2O_2-Lösung hineingiebt.

Den am meisten modifizierten Teil meiner Jodmethode bildet die nun folgende Entfärbung. Während dieselbe bei der WEIGERTschen Methode langsam unter bedeutender Abschwächung des Anilins mit Xylol vorgenommen wird, ist dieselbe bei meiner Modifikation in längstens zwei Minuten vollendet und wird mit einer Anilinmischung ausgeführt, welche nicht nur viel weniger Xylol enthält, sondern obendrein eine entfärbende saure Farbe: Goldorange. Man stellt sich zuerst durch Verreiben des Anilins mit Goldorange eine gesättigte Lösung des Farbstoffes dar, filtriert sie und vermischt sie sodann mit dem halben Volumen Xylol. Dabei wird sie trübe, aber durch mehrfaches Filtrieren verschwindet die Trübung, und es hinterbleibt eine haltbare, klare Lösung, die sogar nach dem Gebrauche wieder zurückfiltriert werden kann. Sie wird dann allerdings durch Aufnahme von Violett aus den Schnitten dunkler und schwächer, kann jedoch sehr lange als Entfärbungsflüssigkeit dienen. Sie hat folgende Vorzüge vor der gewöhnlichen Anilin-Xylol-Mischung: sie arbeitet wegen der geringeren Menge Xylol und des geringeren Überflutens des Objektträgers reinlicher, wegen der gröſseren Menge von Anilin und der Mithülfe

[6] Die Entfärbungsflüssigkeit ist ebenso wie die Alaungentianalösung bei Dr. GRÜBLER Leipzig, vorrätig. Natürlich können statt Orange auch manche andere Farben dienen.

des Orange viel rascher und durchaus gleichmäfsig, so dafs schon der Anfänger diese Methode sofort beherrscht; sie erfordert nicht die vorherige Entfernung des Celloidins, da sie an Xylol schwächer ist; sie bewirkt eine totale, gleichmäfsige Entfärbung des Kollagens und Keratins, sowie des Protoplasmas, indem diese Substanzen eine schöne Orange-Kontrastfarbe annehmen und eine willkommene Abschwächung der Kernfärbung, die im übrigen bei meiner Modifikation stärker hervortritt, als bei der langsamen Entfärbung nach WEIGERT. Die Hauptsache ist jedoch, dafs trotz der Schnelligkeit und der partiellen Umfärbung des Gewebes die Darstellung des Fibrins (und der Bakterien) genau so gut ist wie nach WEIGERTS originaler Vorschrift, und dafs diese Modifikation es daher erst möglich macht, jodiertes Fibrin (und jodierte Bakterien) in der Hornschicht, in Schuppen und Krusten nachzuweisen. Wer daher für andere Organe die ursprüngliche Vorschrift vorziehen sollte, wird sich für die Haut doch gewifs nach einer Vergleichung beider der modificierten Methode bedienen.

Der jodierte Schnitt wird gut in Wasser abgespült, auf den Objektträger gebracht, gründlich abgetrocknet und dann aus dem Trichter mit der Entfärbungsmischung betropft. Die Entfärbung geschieht wie bei der WEIGERTschen Vorschrift unter wiegender Bewegung des Objektträgers; es folgt Abspülung mit Xylol und Balsameinschlufs.

Es ist selbstverständlich, dafs diese modificierte, vereinfachte und vielleicht auch verbesserte WEIGERTsche Methode, wenn sie mir auch in Beziehung auf Fibrin (und Bakterien) die gleichen Resultate gegeben hat, nie als vollkommen gleichwertig mit der WEIGERTschen Originalvorschrift gelten darf. Erst ein langjähriger Gebrauch unter den verschiedensten Verhältnissen kann über eine etwaige Identität der Resultate entscheiden; auf eine solche wird es aber weniger ankommen, als darauf, dafs sie einfacher und sicherer zu handhaben ist, und eventuelle konstante Differenzen zwischen ihr und der WEIGERTschen Vorschrift würden in demselben Sinne als Kontrolle der letzteren zu verwerten sein, wie die der neuen Tanninmethode; beide werden die ältere Methode nicht verdrängen, sondern ergänzen.

Ich stelle zum Schlusse noch einmal die beiden Vorschriften zur Darstellung des Fibrins kurz zusammen:

I. Tanninmethode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 10—20 Minuten,
2. Rasche Abspülung in Wasser,
3. Koncentrierte wässerige Tanninlösung (1 : 2) 2—5 Minuten,
4. Sorgfältige Abspülung in Wasser,
5. Absoluter Alkohol, Bergamottöl, Balsam.

II. Modificierte Jodmethode.

1. Starke Vorfärbung mit Pikrocochenille oder Pikrokarmin,
2. Gentianaviolett-Alaunlösung (1,5 : 10 : 100) 10 Minuten, Abspülung in Wasser.
3. Lösung von KJ und H_2O_2 1 Minute, Abtrocknen,
4. Anilin-Xylol-Goldorange (2 : 1 bis zur Sättigung) 2 Minuten,
5. Xylol, Balsam.

Nachtrag.

Nach Drucklegung dieses Artikels wurde ich von Herrn Dr. Czaplewski, welchem ich meine neue Fibrinfärbung mitteilte, freundlicherweise darauf aufmerksam gemacht, dafs aus dem Institut Pasteur neuerdings zwei Arbeiten hervorgegangen sind, in welchen das Tannin ebenfalls eine Rolle spielt.

Die erste Arbeit ist von Sabouraud (Quelques faits rélatifs à la méthode de coloration de Lustgarten. *Annales de l'Institut Pasteur.* VI. 1892) und enthält im dritten Abschnitt: Un nouveau procédé de coloration de la fibrine — folgende Vorschrift:

„Qu'on prenne par exemple un fragment de chancre d'un centimètre de long sur trois millimètres dans ses deux autres dimensions, qu'on aura préalablement fixé par le liquide de Müller. Qu'on le laisse passer 15 ou 20 heures dans une solution de tannin au 1/200, légèrement alcoolisée (10 ccm d'alcool pour eau 200). Si l'on fait ensuite subir à la préparation la coloration au violet aniliné d'Ehrlich, suivie de la coloration de Gram-Weigert, en remplaçant dans la décoloration l'huile d'aniline par l'essence de girofles, on verra un feutrage fibrineux occuper la surface ulcérée du chancre, et de ce feutrage émaner un réseau extraordinairement fin et net intercellulaire, descendant jusqu'aux limites de la néoplasie pour s'y perdre en prenant l'aspect d'une multitude de fin cheveux coupés." — „L'élection fibrineuse est assez forte pour supporter une double coloration à l'éosine ou la saffranine. On peut ainsi obtenir des préparations d'une grande netteté et d'un aspect intéressant".

Man sieht hieraus, dafs wir es bei der Methode von Sabouraud der Hauptsache nach mit einer modificierten Jodmethode zu thun haben, welche der Weigertschen Methode viel näher steht als der meinigen. Bei ihr dient das Jod als Differenzierungsmittel wie bei der Weigertschen, während das Tannin als Präokkupationsmittel im selben Sinne wie die Müllersche Lösung Verwendung findet. Weitere Erfahrungen müssen lehren, ob diese Tannin-Jod-Methode vor der offenbar einfacher zu handhabenden Weigertschen Jod-Methode Vorzüge hat. Jedenfalls ist es mit Freude zu begrüfsen, dafs wir nun schon drei verschiedene Methoden der Fibrindarstellung zu gegenseitiger Kontrole besitzen. In Bezug auf die Theorie der Methode von Sabouraud möchte ich noch darauf hinweisen, dafs das Tannin in derselben als schwache Lösung also als Fixierungsmittel eine Rolle spielt, während es in meiner als koncentrierte Lösung, mithin als Entfärbungsmittel zur Verwendung gelangt.

Die andere, mir von Herrn Dr. Czaplewski ebenfalls im Auszuge mitgeteilte Arbeit von Nicolle (Méthode de recherche des microorganis-

mes qui ne se colorent pas par le procédé de Gram. *Annales de l'Institut Pasteur.* 1892. VI. pag. 783) gehört nicht ganz hierher, da sie sich nicht mit der Fibrindarstellung beschäftigt. Aber die darin für die Darstellung von Mikroorganismen empfohlene Methode ähnelt meiner Fibrinmethode sachlich viel mehr als die von SABOURAUD. NICOLLE färbt mit Methylenblau nach LÖFFLER oder KÜHNE und entfärbt mittelst einer ziemlich konzentrierten, allerdings nur 10%igen Tanninlösung und eventuell noch mit schwachem Essigwasser. Doppelfärbungen sind möglich, aber ohne besondere Vorteile und bedingen mitunter Entfärbung der Mikrobien.

Abgesehen davon, daſs ich mich stets einer konzentrierteren (33%igen) Tanninlösung bediente, habe ich in Bezug auf die Bacillen des weichen Schankers, des Rotzknotens und der Typhusleber ähnliche Resultate erhalten wie NICOLLE, der die Methode für Rotz, Typhus, Hogcholera, Pseudotuberkulose, Hühnercholera und Ulcus molle empfiehlt. Aber ich habe in meiner kürzlich erschienenen Arbeit: Zur Färbung der Rotzbacillen in Hautknoten und überhaupt schwierig färbbarer Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind[1], trotzdem die Gerbsäure nur für Doppelfärbungen (zusammen mit Säurefuchsin) empfohlen, da ich für die einfachen Färbungen der Entfärbung mit Arsensäure und Glycerinäthermischung weitaus den Vorzug in Bezug auf das Resultat der Differenzierung geben muſste. Möglicherweise wären meine Resultate bei Verwendung der Konzentration von NICOLLE bessere gewesen, möglicherweise paſst die Methode von NICOLLE nicht so gut für Hautschnitte wie für andere Organe, da der Reichtum an kollagener Substanz viel Blau im Gewebe zurückhält. Genug, ich hatte die konzentrierte Gerbsäurelösung zur Darstellung der schwierig färbbaren Bacillen reichlich in Verwendung gezogen, aber gegenüber den genannten Entfärbungsmitteln fallen lassen. Dagegen habe ich wieder gerade die Gerbsäure bewährt gefunden zur Fixierung des Methylenrots auf denjenigen Arten, die diese Componente meiner polychromen Methylenblaulösung vorzugsweise aufnehmen. Über diese werde ich im nächsten Hefte berichten.

---

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. pag. 109.

Über die therapeutische Verwertung des Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei in Bremen.

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack,
Specialarzt für Hautkrankheiten in Heidelberg.

In der letzten Zeit fand ich Gelegenheit, mit Adeps lanae anhydricus der Norddeutschen Wollkämmerei und Kammgarnspinnerei Bremen, einem neuen, erst vor kurzem in den Handel gebrachten Präparat, eine Reihe von dermatotherapeutischen Versuchen anzustellen. Es handelte sich für mich in erster Linie darum, empirisch festzustellen, ob Adeps lanae dem vortrefflichen Lanolinum Liebreich in irgend einer, für die Praxis in Betracht kommenden Beziehung nachsteht, oder ob es ihm als ein zum mindesten ähnlicher, wenn nicht völlig gleich wirkender Salbenkörper füglich an die Seite gestellt werden kann. Ich ging — ich muſs es gestehen — nicht ohne ein gewisses ungünstiges Vorurteil an die Prüfung des neuen Körpers heran, und das aus folgendem Grunde. Wie wenig sich auch die theoretischen Voraussetzungen in Bezug auf Verwandtschaft oder Identität des Lanolins mit natürlichen Fetten der menschlichen Oberhaut bis heute bestätigt haben, so kann es zur Zeit doch kaum mehr zweifelhaft sein, daſs wir in dem von Liebreich angegebenen Lanolinum anhydricum ein auſserordentlich reines und zuverlässiges Präparat besitzen, das vermöge seiner merkwürdigen chemisch-physikalischen Eigenschaften wohl verdient, den hervorragenden Platz, den es sich erobert hat, auch weiter zu behaupten. Wir haben alle Liebreichs Lanolin lieb gewonnen, wir machen tagtäglich nur gute Erfahrungen mit ihm; wozu denn noch nach ähnlichen Salbengrundlagen suchen, die kaum uns gröſsere Vorteile, als solche, die Lanolin schon aufweist, versprechen können?

Was mich aber dennoch dazu bestimmt hat, dem Adeps lanae meine volle Aufmerksamkeit zuzuwenden, war die nichts weniger als gerechte Behandlung, die der neue Fettkörper sofort nach seinem Erscheinen seitens eines Teiles der medicinischen Welt erfahren hatte. Da es als ein „minderwertiges“ Fabrikat gekennzeichnet wurde, welches unter keinen Umständen berufen sei, eine solide Konkurrenz mit Lanolin auszuhalten, so fühlte ich mich bewogen, die Richtigkeit dieser von vornherein ablehnenden Urteile selbst zu prüfen, um entweder das Präparat, falls es sich vom Standpunkte des Therapeuten aus als ein nutzloses, ja vielleicht schädliches, weil unreines, erwiesen hätte, gänzlich und für immer bei-

seite zu lassen, oder wenn sich die ihm von seiten seiner Feinde zu teil gewordene Behandlung nach den vorgenommenen Versuchen mehr als eine vom Interessenkampf, als von sachlichen Bedenken diktierte Abneigung zeigen sollte, es auch weiter als ein wertvolles Salbenvehikel beizubehalten. Im folgenden werde ich das Ergebnis dieser Versuche, die sich auf etwa 50 Fälle erstreckten, mitteilen.

Wenn ich vorhin von „neuem" Wollfettpräparat sprach, so bezieht sich das Wort „neu" selbstverständlich nur auf das Verfahren der Darstellung, denn auch nicht einmal LIEBREICHS Lanolin war nach seiner Einführung als etwas Neues zu begrüßen. Schon DIOSCORIDES,[1] sowie CELSUS[2] besprechen die Anwendung von rohem Wollfett, das sie unter dem Namen *οἴσυπους* (Oesypus) anführen. Nur war dieses Ösypus ein unreines Produkt von recht zweifelhafter Güte, dem übrigens therapeutischer Wert auch nicht gut abgesprochen werden kann, wie IHLE[3] es noch vor kurzem gezeigt hat. Nach IHLE wird dasselbe ebensogut wie Lanolin von der Haut vertragen, ist ebenfalls ein wasseraufnehmendes Vehikel und selbst ein im günstigen Sinne wirkendes Medikament (vielleicht infolge des Gehalts an freien Fettsäuren).

Durch ein besonderes Verfahren ist es nun LIEBREICH und seinen technischen Mitarbeitern gelungen, alle Fettsäuren und sonstige Verunreinigungen aus dem Wollfett auszuschließen und ein Endprodukt daraus zu gewinnen, das aus einem innigen Gemisch von Cholestearinfetten und Wasser bestand; das war das Lanolinum purissimum LIEBREICH. Später wurde dann auch das Lanolinum anhydricum in den Handel gebracht. Ob der Wassergehalt des käuflichen Lanolins als ein besonders zu rühmender praktischer Vorzug dieses Salbenkörpers zu betrachten, darüber gehen die Meinungen auseinander, da er ja auch erheblichen Schwankungen unterworfen ist;[4] wir pflegen aber nur solche Arzneikörper als einwandsfrei anzuerkennen, die chemisch-physikalisch ganz bestimmt charakterisiert sind, was von einer mit wechselnden Mengen Wasser beladenen Substanz nicht gut behauptet werden kann. Hingegen ist das Lanolinum anhydricum auch über diesen Vorwurf erhaben, da es ja ein reines neutrales Fett ohne jeglichen Wassergehalt ist, dem wohl zu jeder Zeit beliebige, unter der Grenze des Aufnahmevermögens liegende Mengen Wasser oder wässeriger Lösungen inkorporiert werden können. Anhydrid ist diejenige Form des Lanolins, die zersetzliche, wie unzersetzliche Medikamente gleich

---

[1] *Materia medica.* Lib. II. Kap. 66.
[2] *De medicina.*
[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. pag. 316 ff.
[4] H. W. STELLWAGON (Klinische Bemerkungen über den Wert des Resorcins, Ichthyols und Lanolins bei Hautkrankheiten im *Journ. of cutan. and vener. diseases.* 1886. No. 11. pag. 326) hebt diesen Mißstand besonders hervor.

konstant zu binden vermag, was vom wasserhaltigen Lanolin nicht gelten kann.[5]

Dietrich und hauptsächlich Unna[6] haben gezeigt, wie überaus wertvoll das Lanolinanhydrid für den Dermatologen ist, vermöge seiner Eigenschaft, Wasser, sowie saure und salzhaltige Flüssigkeiten zu binden.

In diesem Verhalten gegen Flüssigkeiten scheint auch mir die Hauptstärke des Lanolins zu liegen. Denn was die anderen zu Gunsten des Lanolins angeführten Momente anbelangt, wie seine gröfsere Resorbierbarkeit anderen Fetten gegenüber, auf angeblicher Identität des Körpers mit den vermeintlichen Cholestearinfetten der Oberhaut beruhend,[7] so widersprechen sich die bezüglichen Angaben derartig, dafs ein unwiderleglicher Schlufs kaum zu ziehen ist.[8]

Wie dem auch sei, wir sind immerhin Liebreich zu grofsem Danke verpflichtet, dafs er einen Salbenkörper in die Pharmakopöe einführte, welcher ermöglicht, eine Reihe von Substanzen, für die wir früher kein geeignetes Vehikel besafsen, dem Armamentarium der Dermatologie einzuverleiben. Sollten wir aber darin auch Veranlassung finden, uns jedem weiteren Fortschritt oder jeder ferneren Neuerung auf diesem Gebiete zu verschliefsen?

Ich will es nun versuchen, kurz und vorurteilsfrei die Frage zu erwägen, ob und inwiefern die in der Darstellung des Adeps lanae vorliegende Neuerung einen Fortschritt oder einen Rückschritt bedeutet.

Chemisch-physikalisch betrachtet, bietet Adeps lanae viel Ähnlichkeit mit Lanolinum anhydricum Liebreich, unterscheidet sich aber auch davon in manchen wesentlichen Punkten. Nach den Gutachten der Professoren Dr. Benedikt in Wien und Dr. Bercutts in Braunschweig, sowie Prof. Fresenius in Wiesbaden schmilzt dieses hellgelbe, durchscheinende, geschmeidige, neutrale Fett, das nicht einmal unangenehmen Geruch hat, schon bei 36° C., was dem Lanolin gegenüber, welches erst bei 41,8° seinen Schmelzpunkt hat, entschieden einen Vorzug bedeutet. Es besteht ferner

---

[5] Liebreich selbst betonte dies in seinem Aufsatz: Über den medicinischen Gebrauch des Lanolins. *Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 28.

[6] Unna: Zur Kenntnis des Lanolins. *Therap. Monatsh.* 1890. Dietrich: Lanolin und andere Salbenkörper in ihrem Verhalten zum Wasser. S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887. Bd. VI. pag. 632.

[7] Vgl. Liebreich in *Deutsche med. Wochenschr.* 1885. No. 44. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 47; *Real-Encyklopädie von Eulenburg.* 1887. Bd. XI. pag. 459, *Therap. Monatsh.* 1890. No. 7 etc. und andererseits Santi: Enthält die menschliche Haut Lanolin? *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. IX. 1889. pag. 153 und Buzzi: Über Keratohyalin und Eleidin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII. 1888. pag. 1 u. 149.

[8] Während G. H. Fox: *Journ. of cutan. dis.* 1886. No. 6, Lassar: *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 5, Patschkowsky: Ibid., Stellwagon: l. c. die gröfsere Resorbierbarkeit des Lanolins als bewiesen annehmen, haben Auber, Unna: Intern. Dermatol. Kongrefs in Paris, 1890. Perli: *Giorn. intern. di scienze medic.* Mai 1886, Burshinsky: *Wratsch.* 1886. No. 24 u. a. gegen diese Behauptung verschiedene Zweifel erhoben.

nahezu ausschliefslich aus Fettsäureestern der Cholestearine und Isocholestearine und enthält fremde Beimengungen nur in verschwindend geringen Mengen. Davon sind darin nicht einmal 1% Wasser und 0,02 bis 0,036% Aschenbestandteile vorhanden (vorzugsweise Eisenoxyde). Durch diesen geringen Gehalt von Asche ist notwendigerweise die Gegenwart von Seifen ausgeschlossen. Ebenfalls ist das Fett nahezu säurefrei, indem der Gehalt an freien Fettsäuren nicht ganz einem Säuregrad entspricht. Wiederum sind weder Glycerin, noch glycerinhaltige, noch ammoniakalische, oder schweflige Substanzen darin enthalten, so dafs das Fett all demnach ausschliefslich aus Cholestearinestern besteht, welchen ganz geringe und somit ganz unschädliche Mengen Fettsäuren und Asche beigemengt sind.

Dagegen bietet das Fett einen erheblichen Vorteil im Vergleich mit Liebreichschem Lanolin, indem es über 300% Wasser aufzunehmen vermag, ohne seine salbenartige Konsistenz zu verlieren, während früheres Lanolin nicht einmal 300 Teile bindet.

Aus dem Mitgeteilten geht also mit Deutlichkeit hervor, dafs uns hier ein reines, neutrales, allen Anforderungen entsprechendes Fett vorliegt, welches uns nur zu den besten Hoffnungen berechtigt.

Das biochemische Verhalten des Fettes in Bezug auf Bakterien habe ich nicht näher studiert. Es ist aber kein Grund vorhanden, ein wesentlich anderes Verhalten, als das des Lanolins, welches allgemein als keimfrei gilt, hier anzunehmen.

Um nun zur therapeutischen Verwendung des Adeps lanae überzugehen, so habe ich dieses Fett in den verschiedenartigsten Fällen, bei denen ich es anzuwenden Gelegenheit hatte, nur zu meiner und meiner Patienten gröfsten Zufriedenheit gebraucht. Unter diesen etwa 50 Fällen (darunter akute und chronische Ekzeme, Pernionen, Pruritus, Urticaria, Clavus, Pemphigus bullosus chronicus, Lichen pilaris, Acne, Herpes, Sycosis coccogenes, Psoriasis u. s. w.) ist kein einziger notiert, bei dem die aus Adeps lanae bereiteten Salben irgendwelche Reizung der Haut hervorgebracht hätten. Vermöge seiner grofsen Affinität zum Wasser eignet sich Adeps lanae vielleicht noch mehr als Lanolin zur Herstellung von Kühlsalben bei juckenden Dermatosen. Von solchen Kranken wurden die aus Adeps mit wässerigen Lösungen und anderen Fetten bereiteten, langsam verdunstenden Salben ganz besonders gepriesen. Direkt heilende Eigenschaften bin ich dagegen ebensowenig geneigt, dem reinen Adeps lanae beizumessen, wie auch dem Lanolin, abgesehen von den Fällen, wo es, wie es bei besonders trockener, spröder oder rissiger Haut der Fall ist, nur die Rolle einer geschmeidigen, schützenden Decke übernimmt.

Mit schweren Metallen und Metallsalzen läfst sich Adeps lanae bei entsprechendem Zusatz von anderen Fetten zu sehr zarten, geschmeidigen

Salben verarbeiten, die weder äufserlich noch in ihrer Wirkung irgendwie den mit Lanolin gefertigten Salben nachstehen.

Auf einen Punkt möchte ich aber besonders aufmerksam machen. Durch den Umstand, dafs Adeps lanae einen niedrigeren Schmelzpunkt und eine höhere Bindekraft für Wasser aufweist, scheint es noch mehr als Lanolinum anhydricum Liebreich berufen zu sein, bei der Herstellung von Suppositorien und Urethralmassen verwendet zu werden. Einzelne besonders günstige Erfahrungen mit aus Adeps lanae und adstringierenden Medikamenten gemachten Urethralsalben, die bei chronischer Gonorrhoe mittelst Tommasolischer Salbenspritze auf die kranke Harnröhrenschleimheit deponiert werden, scheinen mir mit Bestimmtheit dafür zu sprechen, dafs solche Salben von der Schleimhaut mit Begierde angezogen werden.

Als direkt kosmetisches Mittel wurde von mir das nach dem Vorgange von Paschkis hergestellte, nur etwas modificierte „Creme" häufig verordnet, welches in allen Fällen geeignet war, rauhe Haut geschmeidiger und zarter zu machen.

Ich könnte noch manches zu Gunsten der physiologischen Wirkung des als Salbenvehikel anzuwendenden Adeps lanae hier anführen, doch vermeide ich absichtlich, unnötig breit hier zu werden, da die oben kurz zusammengestellten empirischen Thatsachen wohl genügen dürften, um ziemliche Gleichwertigkeit der beiden Körper — des Lanolium anhydricum Liebreich und des Adeps lanae anhydricus, ja sogar eine gewisse Überlegenheit des letzteren in puncto des fakultativen Wassergehalts und der Schmelztemperatur — darzuthun.

Was nun die technische Frage anbelangt, wie man den Salben, die mit Adeps lanae bereitet sind, die passendste Konsistenz verleiht, so sind auch hier, wie beim Lanolin, die weitgehendsten Variationen, je nach den Indikationen, die jeder Fall bietet, möglich und statthaft. Doch kann als Regel aufgestellt werden, dafs Adeps lanae nur in den seltensten Fällen rein ohne Zusatz von Glycerinfetten, Paraffinen u. s. w., auf die Haut gebracht werden darf, da seine Klebrigkeit sonst nur als Mifsstand empfohlen werden müfste. Doch gelingt es schon, bei Zusatz von nur 5—10% Oleum olivarum eine geschmeidige Salbengrundlage herzustellen. Nimmt man dagegen anstatt Öl etwas Adeps suillus (ich pflege ausschliefslich den benzolinierten Talg zu verordnen, da er vor Zersetzung geschützt ist), so vermische man es mit Adeps lanae im Verhältnis von 20—50%. In diesem Rahmen lassen sich allerlei Kombinationen aufstellen. Ich lasse unten einzelne Formeln folgen, die insgesamt durchprobiert sind und zum Teil den von Unna s. Z. aufgestellten Formeln für Lanolin, mit einigen Modifikationen, entsprechen.

Als sehr brauchbaren Zusatz zu den aus Adeps lanae verfertigten

Salben hat sich neben benzoiniertem Talg und flüssigen Ölen auch das Ung. Paraffini erwiesen.

Kühlsalben:

Adip. lan. anhydr.	10,0	*Adip. lan. anhydr.*	10,0
Adip. benz.	20,0	*Ung. Zinci benz.*	20,0
Aq. rosar. (Calcis).	30,0—45,0	*Aq. Calcis*	30,0

Ekzemsalben:

Ol. Cadin.	10,0	*Ung. zinci*	
Adip. lan. anh.	20,0	*Adip. lan. anh.*	
Ung. zinci	30,0	*Solut. calcis chlor.*	ää 10,0
Solut. calcis chlor. (33%)	40,0	*Sulfur. praecip.*	3,0

Pasten:

(harte und weiche)

Zinci oxydat.	6,0	*Zinci oxydat.*	
Sulfur. praecip.	4,0	*Talc. venet.*	ää 5,0
Terrae Siliceae subtil. pulv. alb.	2,0	*Ol. lini*	
Adip. lan. anh.		*Aq. calcis*	ää 15,0
Adip. benz.	ää 14,0	*Adip. lan.*	10,0
		Tinct. benzoës	0,5

Frostsalbe:

Camphor. trit.	1,5
Bals. peruv.	0,5
Ol. amygdal.	8.0
Adip. lan. anhydr.	
Aq. rosar.	ää 10,0

Creme:

Boracis	1,0
Sapon. neutr. liq.	0,5
Adip. lan. anhydr.	10,0
Aq. rosar.	90,0
Tinct. benzoës	0,5

Quecksilbersalben:

Hydrargyr.	20,0	*Hydrargyr. praecip. alb.*	2,5
Adip. lan. anhydr.	15,0	*Ol. olivar.*	5,0
Ol. oliv.	5,0	*Adip. lan. anhydr.*	ad 50,0
Adip. benz.	20,0		
(für Inunktionen).			

Ichthyolsalben:

Ammon. sulfo-ichthyol.		*Ammon. sulfo-ichthyol.*	5,0
Aq. dest.	ää 5,0	*Acid. salic.*	1,0
Adip. benz.	15,0	*Adip. benz.*	
Adip. lan. anh.	25,0	*Adip. lan. anh.*	ää 22,0

Urethralsalbe:

Arg. nitric.	0,25—2,5
Aq. q. s.	
Adip. lan. anh.	45,0
Ol. Amygdal.	5,0

Diese kleine Zusammenstellung von Formeln zeigt zur Genüge, wie sehr man die Komposition der Salbe variieren kann, ohne ihr ihre Geschmeidigkeit zu nehmen oder sie zu verflüssigen.

Die nachfolgende Tabelle dagegen, die ich befreundeter Seite verdanke, zeigt, in wie hohem Maße ein Gemisch von Adeps lanae mit

anderen Fetten im stande ist, Wasser aufzunehmen. Wenn es auch kaum praktischen Zweck hat, solch grofse Mengen Wasser den Fetten einzuverleiben, so ist es doch interessant, zu erfahren, wieweit man unter Umständen mit dem Zusatz von Wasser gehen kann.

100	Lanol. anhydr.	+ 100	Adeps suillus nehmen auf 700 Wasser (Creme).
100	Adeps lanae	+ 100	Adeps suillus = 1200 Wasser (Creme).
100	„ „	= 130	Kalkwasser.
100	„ „	+ 100	Oleum lini = 600 Kalkwasser, (schöner Creme).
100	„ „	+ 100	Adeps suillus = 810 Kalkwasser, „ „
100	„ „	+ 100	Ungt. paraffin. = 1000 Wasser „ „
100	„ „	+ 100	Glycerin = 100 Wasser (zähe Masse, als Salbengrundlage nicht geeignet).
100	„ „	= 200	Liq. ammon. caust. (plastische Masse von Teigkonsistenz, nur schwach nach NH_3 riechend.)
100	„ „	+ 100	Ol. jecoris aselli = 1100 Wasser (cremeartig).
100	„ „	+ 100	Ol. olivar. = 1440 Wasser „
100	„ „	+ 20	„ = 550 „ (teigartig).
10	„ „	+ 100	„ = 180 „ (Creme).
5	„ „	+ 100	„ = 210 „ (Mayonnaise beim Stehen Wasser ausscheidend, das wieder leicht hineingerührt werden kann).
100	„ „	+ 100	Ol. lini = 1000 Wasser (schöner gelbweifser Creme).

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Sitzung vom 10. Januar 1893.

1. Herr Lewin stellt eine Patientin mit einer eigentümlichen **Pigmentbildung am Nacken** vor; die Kranke wurde am 23. Dezember in die Charité aufgenommen und zeigte damals breite Kondylome an den Genitalien und zwischen den Zehen; dabei bestand Fluor albus und ein papulo-squamöses Exanthem von eigentümlicher Konfiguration, das jetzt geheilt ist, aber im Nacken eine Pigmentation in Schmetterlingform zurückgelassen hat.

2. Herr Lewin demonstriert dann 2 Patientinnen mit **Infektion per os und per labia.** Die eine zeigte neben Anschwellung der Drüsen und Fluor ein papulöses Exanthem und eine Sklerose an der Oberlippe, die aber keine Neigung zum Zerfall dokumentierte. Die Frage, ob das Ulcus an der Lippe primär war, läfst sich aus der Anschwellung der Submaxillardrüsen schliefsen; dieselben sind in dieser Beziehung differential-diagnostisch. Die zweite Patientin hatte eine Erosion an der Oberlippe mit Drüsenanschwellungen in der Unterkiefergegend.

3. Herr Lewin: Fall von **syphilitischem Diabetes insipidus.**

Die Patientin, die in Amerika geboren ist, dann in Spanien sich aufhielt und jetzt sich hier befindet, ist seit ihrem 9½. Jahre menstruiert. Im Juli 1891 wurde sie in die Charité mit Roseola und Gummata aufgenommen. Es traten dann Ulcera

gummosa am Ober- und Unterschenkel auf, wozu sich eine Phalangitis an einzelnen Gelenken der Finger und Zehen gesellte. Gleichzeitig entwickelte sich am Angulus des Unterkiefers eine grofse Drüse, die schliefslich exstirpiert werden mufste. Patientin hat alle möglichen Kuren durchgemacht. Mitte März 1892 trat ein Diabetes insipidus ein; sie liefs 3500—5000 g Harn, zuletzt 4220 von einem specifischen Gewicht von 1010; die Harnsäuremenge verhielt sich zum Harnstoff wie 1 : 40. Der Diabetes nahm nicht ab, trotzdem der Patientin die Flüssigkeiten entzogen wurden. Die Ursachen des Diabetes hat man früher in dem Inosit gesucht, aber weder dieses noch der Plexus coeliacus, von dem man später glaubte, dafs eine Erkrankung desselben die Veranlassung sei, sind die Ursachen des Diabetes; denn Exstirpationen des Plexus coeliacus ändern nichts. Später hat man den Diabetes als Allgemeinerkrankung angesehen, bis man immer mehr zur Erkenntnis kam, dafs es eine Affektion des Centralnervensystems ist. In 37 Fällen hat Lewin Kopfverletzungen, in 25 Fällen Tumoren des Gehirns, in 3—5 Fällen Epilepsie konstatieren können. Auch Rückenmarkserkrankungen können Diabetes erzeugen. In 5 Fällen konnte er syphilitische Erkrankungen des Rückenmarks oder des Gehirns nachweisen. Patientin hat zwar an Gewicht etwas verloren, fühlt sich aber sonst wohl; auch sind nirgends Erscheinungen einer Affektion des Rückenmarks oder des Vagus nachweisbar; sie leidet aber an Kopfschmerzen und besonders des Nachts, weshalb man wohl den Diabetes auf eine syphilitische Affektion des Gehirns (Boden des 4. Ventrikels) wird zurückführen müssen. Herr Saalfeld hat einen 20jährigen Patienten behandelt, der an Diabetes und Syphilis litt, und bei dem sich nach einer Inunktionskur der Diabetes besserte.

4. Herr Isaac stellt einen Patienten mit einem Ausschlag vor, der wie Lichen ruber aussieht, doch scheint der Ausschlag ein Syphilid zu sein, und er möchte ihn als **Lichen ruber syphiliticus** bezeichnen. Jucken hat der Patient nicht, nur bei starker Wärme ist mäfsiger Juckreiz vorhanden.

Herr Lewin glaubt, dafs der Mangel an Jucken wohl das wesentlichste Moment ist; denn die Farbe ist bei allen Fällen gleich, doch darf man daraufhin nicht die Diagnose auf Lichen ruber syphiliticus stellen. Selbst die Inunktionskur ist allein nicht mafsgebend, da bei gewöhnlichem Lichen ruber die Unnasche Sublimat-Karbolsalbe günstig wirkt. Herr Köbner: Wenn er aus der blofsen Betrachtung des Oberarms die Diagnose stellen soll, so würde er das Exanthem für Lichen planus halten. Er müsse sich aber gegen Lichen ruber syphiliticus aussprechen, da die Art der Lokalisation und das Zusammenfliefsen der diffusen Flächen gegen die Annahme eines Syphilids zu sein scheinen. Herr Blaschko ist der Ansicht Köbners, da die Ursache des Leidens bei dem Patienten auch in seiner Thätigkeit (er ist nämlich Schmied) gesucht werden kann. Zwar sieht man auch bei solchen Patienten syphilitische Affektionen neben Lichen planus. Herr Lewin sieht keinen Grund, weshalb man nicht auch von einem Lichen ruber syphiliticus sprechen soll, worauf Herr Köbner erwidert, dafs es wohl einen syphilitischen Ausschlag geben kann, der dem Lichen gleicht, dafs man aber nicht eine Hautaffektion Lichen ruber syphiliticus bezeichnen darf.

5. Diskussion über den Vortrag des Herrn Blaschko: **Zur Hygiene der Barbierstuben.** Herr Köbner erwähnt, dafs die Vorschläge des Herrn Blaschko in Bezug auf die Prophylaxe schon früher von ihm veröffentlicht sind, indem sein damaliger Assistent, Herr Saalfeld, in der *Berl. klin. Wochenschr.* dieselben publiciert hat. Die weiteren Vorschläge, wie das chinesiche Papier, stofsen bei den Barbieren auf Widerspruch, übrigens wird das Publikum dadurch nicht geschützt. Wattebäusche statt der Puderquaste sind schon lange in Gebrauch, praktische Pulverbläser sind in Anwendung; statt der Pinsel benutzen die Barbiere die Hände. Das siedend heifse

Wasser soll das Rasiermesser gleichzeitig schärfen. Er möchte nur noch die eine Bemerkung hinzufügen, dafs es ratsam sei, dafs jeder seinen eigenen Kamm und Bürste zum Barbier mitnehme.

Herr LASSAR meint, dafs man auch statt der Serviette seine eigene mitbringe oder in Ermangelung einer solchen sich seines Taschentuchs bediene.

Herr ROSENTHAL erwähnt, dafs er schon im Jahre 1887 darauf aufmerksam gemacht hat, dafs 1. die Hände der Barbiere, 2. die Rasierpinsel und 3. die Streichriemen die Ursache mehrerer infektiösen Hautkrankheiten sind. Mit den Vorschlägen ist er ebenfalls einverstanden, doch müsse man vor allem erziehlich auf das Publikum wirken. Was die von Herrn BLASCHKO erwähnten Krankheiten anbetrifft, so glaubt er nicht, dafs alle von ihm erwähnten in den Barbierstuben übertragen werden; so kommt **Impetigo contagiosa** fast nur bei Kindern vor, die **Dermatitis** ist nur eine Reizung der Haut ohne Übertragung; ebenso glaubt er nicht, dafs die **Acne varioloformis** durch die Barbiere übertragen wird. Die **Trichorrhexis nodosa** findet man gerade im Voll- und Schnurrbart, woran der Barbier meistens nichts ausführt. Syphilis, Sycosis, Herpes tonsurans und Tuberculosis der Haut können natürlich übertragen werden.

Herr SAALFELD behauptet, dafs **Trichorrhexis nodosa** gerade durch Pinsel erzeugt werden kann.

Herr HELLER möchte sich gegen den Vorschlag des Herrn B. wenden, dafs die Barbiere und Gehülfen durch Kurse in den Krankheiten unterrichtet werden sollen, er würde es insofern für einen grofsen Nachteil halten, als dadurch nur noch mehr Kurpfuscher grofs gezogen würden.

Herr LEDERMANN schlägt vor, die Messer mit einem in Spiritus getauchten Leder abzureiben, die Kämme durch Sublimat und die Bürsten durch 2—5%ige Solutol-Lösung zu desinficieren. Die Gegenstände trocknen aber erst in 8—10 Minuten.

Herr BLASCHKO: Dafs Trichorrhexis nodosa übertragbar ist, ist nicht zu leugnen, da der Pinsel selbst solche Erkrankungen zeigt; er hat Kulturen gezüchtet, und zwar von Haaren und Borsten der Pinsel. Die Acne varioloformis wird nur in den Barbierstuben erzeugt, da sie nur bei den Männern und in der Gegend der Haare vorkommt. Impetigo contagiosa ist bestimmt übertragbar. Was das chinesische Papier anbetrifft, so kann man ja, damit die Kleider nicht feucht werden, zuerst eine Serviette unterlegen und darauf das Papier. Nach seinen Erfahrungen hat der Herpes tonsurans nicht abgenommen, weshalb es notwendig ist, dafs Vorschriften erlassen werden, da man sich nicht auf den freien Willen der Barbiere und des Publikums verlassen darf.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 16. Februar 1893.

(Originalbericht von L. WICKHAM-Paris.)

SABOURAUD: **Über Trichophytiasis humana.** — SABOURAUD hat im Verfolg seiner weiteren Untersuchungen über die Trichophytiasis in der Société wiederum einen Vortrag gehalten, der wichtig genug erscheint, um ihn hier im Auszug wiederzugeben.

In seiner ersten Mitteilung hatte uns S. mit zwei Hauptarten, dem Trichophyton macrosporon und microsporon, bekannt gemacht. Seitdem hat er namentlich das Tr. macrosporon und die von ihm verursachte Trichophytiasis weiter untersucht, und die gewonnenen Ergebnisse umfassen sowohl die Biologie des Pilzes, wie die klinische Symptomatologie und die Behandlung der Trichophytiasis.

A. Sein wichtigster Befund in Bezug auf die Mykologie der Trichophytiasis ist, abgesehen von den zwei Arten von Trichophyton, wohl der, dafs von Tr. macrosporon

sich wieder mehrere Gattungen unterscheiden lassen, die, auf geeignete Nährböden verpflanzt, zu besonderen Pilzen mit deutlich unterscheidbaren Eigenschaften auswachsen.

Diese Differenzierung der verschiedenen Trichophyton-Gattungen gelingt schon auf einem Nährboden, der 0,5—0,75% Pepton und 2,0—3,5% Zucker enthält. Wendet man nacheinander verschiedene Zuckerarten an, wie Maltose, Mannit, Glykose, Laktose, so erhält man Reihen von Kulturen, die untereinander unverkennbar verschieden sind, je nach den Fällen von denen sie abstammen, d. h. von denselben Fällen abstammende Aussaat giebt auf den verschiedensten Nährböden immer die nämliche Kultur, und umgekehrt. Am geeignetsten erwies sich ein Nährboden, der aus Gelatine mit Mannit oder Maltose zusammengesetzt war. Hier erwiesen sich Kulturen, die man sonst für gleichartig zu halten berechtigt schien, als vollkommen verschiedenartig. Durch häufig vorgenommene Umpflanzungen hat sich S. aber auch überzeugt, dafs die einzelnen Gattungen ihre Eigenschaften dauernd behalten.

Die Zahl der ungleichartigen Fälle von Trichophytiasis ist fast gröfser, als die der gleichartigen, und doch liefern alle Übertragungen innerhalb einer Familie oder eines Hauses, soweit sie von dem nämlichen Kranken herrühren, stets die gleichen Kulturen, ein neuer Beweis für die Beständigkeit der Arten.

Unter 54 Fällen grofssporiger Trichophytiasis konnte Verfasser 19 verschiedene Formen von Trichophyton nachweisen, die alle ihre charakteristischen Eigenschaften bewahrten, die keine, auch nach mehrfach wiederholten Impfungen nicht, in die andere übergingen. Mit anderen Worten: alle 19 Formen machten den Eindruck beständiger Arten. Indessen ist hier bei der grofsen Vielgestaltigkeit der Pilze eine Zurückhaltung angezeigt und für jede Art eine längere Beobachtung erforderlich.

B. Die zweite Thatsache, deren klinische Bedeutung gleichfalls in die Augen springt, wird durch sämtliche, von S. untersuchten Fälle von Trichophytiasis bestätigt: Jede Trichophyton-Art erzeugt auf der unbehaarten Haut eine Entzündung sui generis, die sich von jeder anderen Entzündung leicht unterscheiden läfst. S. hat bereits 4 Typen circinärer Hauterkrankung aufgestellt, die einen sicheren Rückschlufs auf die Eigenschaften der betreffenden Kultur gestatten und er glaubt, deren Zahl sehr bald noch vergröfsern zu können.

Diese 4 Typen sind:

1. Das Trichophyton des Pferdes; dasselbe verursacht in den Haaren des Kindes das Kerion Celsi, und auf der glatten Haut die Folliculitis agminata trichophytica.

2. Eine Art, die S. für das Trichophyton der Katze hält, ohne dafs er das indes beweisen kann; die von ihr hervorgerufene Entzündung ist mit dysidrotischen Störungen verbunden und aufserdem circinär, wie jede Haut-Trichophytiasis.

3. Eine Art, die S. gleichfalls für einen tierischen Parasiten ansieht, deren Wirt ihm aber noch unbekannt ist. Die Kulturen derselben stehen in der Mitte zwischen No. 1 und No. 2, desgleichen auch die Veränderungen, die sie auf der menschlichen Haut hervorbringt.

4. Eine Trichophyton-Art mit kleinen Sporen; sie erzeugt auf der Haut zwei kleine, erythematöse, concentrische Kreise. Man sieht also, durch die klinische Beobachtung wird ebenso wie durch die bakteriologische Forschung die Vielheit der Trichophyton-Arten bestätigt.

C. Wenn man nun auch die Ergebnisse des Laboratoriums nicht sofort auf die Klinik übertragen darf, so scheinen S.'s Befunde dennoch Beachtung zu verdienen.

Mehre gleichgültige Mikrobien beeinflussen im Reagenzglas das Wachstum sämtlicher Trichophyton-Arten in merklicher Weise. Eine gleichzeitige Kultur eines dieser Mikrobien mit dem Trichophyton auf flüssigem Nährboden zu erzielen, war unmöglich; das Tricho-

phyton wuchs nicht, und war es früher ausgesät, so starb es. — Auf festem Nährboden bilden jene Mikrobien sowohl auf der Oberfläche, wie in der Tiefe um sich herum einen freien Raum, den die Trichophyton-Kolonie umlagert, in den sie aber nicht einzudringen vermag.

Mit diesem Laboratoriums-Befund stimmt nun die klinische Beobachtung merkwürdig überein: Die gesunde Haarwurzel ist steril; beim Herpes tonsurans enthält sie immer, solange er nicht behandelt wird, das Trichophyton in Reinkultur; sowie der Herpes aber zur Heilung neigt, so finden sich jene gewöhnlichen Mikrobien, von denen eben die Rede war, immer gleichzeitig mit dem Trichophyton in der Haarwurzel vor. Das kommt daher, dafs durch die örtlich angewandten Mittel eine sekundäre Infektion mit leichter Hautentzündung hervorgerufen wird. Ein derartiger, länger anhaltender Reizzustand scheint aber die Dauer der Krankheit wesentlich abzukürzen — eine Thatsache, die von zahlreichen Ärzten bestätigt wird, die wir jeden Tag beobachten können.

Wir sind also wohl berechtigt, einen Zusammenhang zwischen den klinischen Erfahrungen und den Versuchsergebnissen anzunehmen, d. h. die Heilung des Herpes tonsurans ist wahrscheinlich die Folge eines Kampfes unschädlicher Mikrobien mit dem Trichophyton und wird nur mittelbar durch die in Anwendung gezogenen Antiseptica dadurch, dafs letztere einen Hautreiz ausüben, bewirkt.

Hallopeau stellt eine Kranke mit **allgemeiner ödematöser Schwellung der äufseren Haut** vor. Das Leiden besteht bereits seit 18 Monaten und unterscheidet sich vom Myxödem durch das Fehlen motorischer Störungen und des kretinoiden Zustandes; möglicherweise rührt es von einer Reihe von Urticaria-Anfällen her.

Hallopeau und Jeanselme berichten über einen Fall von zahlreichen **Lipomen**, die sowohl durch ihr gleichzeitiges und rasches Wachstum, wie auch durch den ungewohnten Sitz, der Schilddrüsen- und Parotiden-Geschwülste vortäuschte, auffielen. Die richtige Diagnose wurde erst durch die Sektion ermöglicht.

Cathélineau hat in drei Fällen von **Jodoform-Ausschlag** nach den chemischen Ursachen dieser Intoxikation geforscht. Dieselbe scheint dadurch zu stande zu kommen, dafs Jod in Form einer anorganischen Verbindung im Körper zurückbehalten wird. Aufserdem wird aber auch noch freies Jod an der Ausscheidung verhindert.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Heft I. und II.

I. **Clavi syphilitici**, von G. Lewin. Mit Clavi syphilitici bezeichnet der Verfasser jene an Händen und Füfsen vorkommenden, mehr oder weniger über das Niveau der Haut prominierenden, hornartig anzusehenden und anzufühlenden, bald von einem dünnen Schuppenkranz umgebenen, bald mit Schuppen bedeckten, also den vulgären Clavi ähnelnden Gebilde.

Verfasser berichtet über 2 Fälle der Affektion, welche ihn den diagnostischen Wert derselben deutlich erkennen liefsen.

Die Clavi sind stecknadelkopf- bis linsen- bis erbsengrofs, meist kreisrund, selten oval oder länglich, wenig prominierend und dann niemals konvex, am häufigsten sind sie plan, ja bisweilen sogar konkav. Die Farbe ist anfangs blafsrot, später von

blafsgelblicher Hornfarbe. Wenn Schuppenbildung begonnen, so sind die Schuppen mehr weifslich glänzend.

Was die Konsistenz betrifft, so sind die Clavi anfangs weich, werden allmählich härter und schliefslich hornartig und hart wie Cement.

Die Lokalisation ist meistens die Vola manus, bedeutend seltener die Planta pedis.

Die Entwickelung beginnt mit einem blafsroten, runden, erythematösen Fleck unter gleichzeitiger Verdickung der Epidermis.

Von Symptomen sind noch Jucken und Stechen zu erwähnen; Schmerzhaftigkeit sowie Motilitätstörungen sind fast nie vorhanden. Die trophischen Störungen, Atrophie der Papillen und des darunter liegenden und umliegenden Bindegewebes infolge des sich steigernden Druckes des wachsenden Clavus sind hier von untergeordneter Bedeutung.

Differentiell-diagnostisch kommen die Warzen, Hühneraugen, die Schwielen in Betracht, welche letztere den syphilitischen Clavi am meisten ähneln, jedoch selten rund und so scharf begrenzt sind wie diese.

Chemische Agentien können Gebilde erzeugen, welche an Clavi syphilitici erinnern.

Behufs histologischer Untersuchung wurden die excidierten Clavi in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet, entwässert und mit dünnem Alkohol, Alkohol absolutus, Äther, Celloidin behandelt, geschnitten und mit Alaun-Karmin, Orcein und Hämatoxylin-Eosin gefärbt. — Die anatomischen Befunde werden im folgenden weiter ausgeführt.

Was die Ätiologie betrifft, so trifft die Affektion ziemlich gleichmäfsig beide Geschlechter, ist nicht gerade von traumatischen Ursachen abhängig und deshalb auch nicht auf manche Berufsarten der Patienten (besonders das Handwerk) zurückzuführen. Das Alter der Patienten schwankt zwischen 20—30 Jahren. Die Heredität, Konstitution spielen keine besondere Rolle bei der Affektion. Die Clavi syphilitici können in gleicher Weise sowohl im Verlaufe der initialen Syphilis als auch bei Recidiven sich einstellen. Am häufigsten pflegen sie gleichzeitig mit den makulösen und papulösen Exanthemen, selten in späteren Stadien aufzutreten. Da die Clavi syphilitici nur ganz ausnahmsweise mit Psoriasis palmaris und plantaris kompliciert sich zeigen, so können dieselben nicht unter dem Bilde der Psoriasis aufgefafst worden. — Die Affektion ist als Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung anzusehen, da beide Volae manus gleichzeitig befallen werden. In der Mehrzahl der Fälle war nur 1 Clavus aufzufinden.

Die Therapie bestand in subkutanen Sublimatinjektionen, und zwar wurde täglich 0,01 bis 0,012 injiciert. Nach durchschnittlich 17 Injektionen schwanden die Clavi.

Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die ältere und neuere diesbezügliche Litteratur und bringt am Schlusse des Aufsatzes kasuistisches Material aus den letzten Jahren seiner Praxis.

II. **Über Photographie im direkten Sonnenlicht**, von Jul. Heller-Berlin. H. hat zum Zwecke photographischer Aufnahme von Kranken eine mikrophotographische Lampe konstruiert, die in Verbindung mit einem gewöhnlichen Mikroskope und einer gewöhnlichen photographischen Camera die Herstellung von Mikrophotographien gestattet. Um zum Photographieren die notwendige Lichtstärke zu haben, bedient sich H. nicht des künstlichen Lichtes, namentlich nicht des Magnesiumlichtes, sondern des direkten Sonnenlichtes, das er durch ein Fenster auf das zu photographierende Objekt fallen läfst. Zieht man die Camera gehörig aus, so kann man Vergröfserungen sogar bis über Lebensgröfse bei voller Schärfe und Deutlichkeit aller Details erhalten.

Mit der Hellerschen mikrophotographischen Lampe sind auch die reproducierten Mikrophotographien des Clavus syphiliticus hergestellt, die auf einer dem Lewinschen Aufsatze beigefügten Tafel abgebildet sind.

III. **Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungskur**, von E. Welander-Stockholm. Die Inunktionskur wird an verschiedenen Orten in der verschiedensten Weise ausgeführt, überall aber, wie es scheint, mit demselben günstigen praktischen Ergebnis. Es fragt sich deshalb, welches die eigentliche gemeinsame Ursache, welches die gemeinsame Hauptbedingung ist, dafs die Einreibungskur trotz der Verschiedenheit ihrer Ausführung fast immer ein befriedigendes Resultat liefert und von den meisten Ärzten als die kräftigste Behandlungsmethode angesehen wird.

Verfasser ist der Ansicht, dafs diejenige Behandlungsweise am geeignetsten ist, die Syphilis zu bekämpfen, bei welcher eine schnelle und kräftige Absorption von Hg stattfindet, und bei der eine gröfsere Menge Hg nach Abschlufs der Kur zurückbleibt. Mehr als 3000 während der Merkurbehandlung und nach Abschlufs derselben vorgenommene Harnanalysen haben W. gelehrt, dafs die Anzahl und die Gröfse der im Harn auftretenden Hg-Kügelchen konstant der mehr oder weniger kräftigen Behandlung entspricht.

Bei seinen Untersuchungen hat Verfasser gefunden, dafs die Zusammensetzung der Merkursalbe sowohl, wie die Art der Einreibung derselben, sei es mit der bloſsen Hand oder mit dem Handschuhe, mit Glaskolben etc., endlich die mit der Inunktion kombinierten verschiedenen Bäder für die Absorption von Hg bei der Einreibungskur von ziemlich untergeordneter Bedeutung sei. Dagegen übt die Anzahl der Einreibungen auf die absorbierte Menge einen bedeutenden Einfluſs aus. Selbstverständlich ist auch die bei jeder Einreibung verwendete Quantität Salbe von Bedeutung. Dieselbe ist in verschiedenen Arten verschieden. Welche Bedeutung hat nun diese ungleich groſse Menge angewendeter Salbe für die Menge absorbierten Quecksilbers? Um diese Frage zu beantworten, erörtert W. die Fragen: Eine wie groſse Menge kann auf einer so begrenzten Partie der Haut wie die bei der Einreibungskur gewöhnlich benutzte, eingerieben werden, und auf welchem Wege geschieht bei der Einreibungskur die Absorption des Hg? Die Fragen werden dahin beantwortet: Bei einem vollerwachsenen Menschen von gewöhnlicher Gröfse kann man in der Regel vollständig nicht mehr als ungefähr 2—3, vielleicht 4 g an den von Sigmund angegebenen Körperteilen einreiben. Bei gröfseren Quantitäten bleibt ein Teil der Salbe auf der Haut aufgestrichen liegen. W. konnte bei einem Patienten, der an jedem Arme während $^1/_2$ Stunde mit 5 g Hg eingerieben wurde, mit Leichtigkeit von dem einen Arme 2,55 g liegen gebliebene Salbe und von der Hand des sehr geübten Einreibers 27 cg Salbe abkratzen.

Die Frage, auf welchem Wege die Absorption von Hg bei der Einreibungskur vor sich geht, wird auf Grund zahlreicher, sehr genauer und äufserst instruktiver Untersuchungen dahin beantwortet: Ein Teil des Hg gelangt bei der Schmierkur durch die Einreibung selbst in den menschlichen Körper, ein anderer Teil wird durch Abdunstung durch Haut und Lunge absorbiert.

Weitere mit allen für diesen Zweck notwendigen Vorsichtsmafsregeln angestellte Versuche haben ergeben, dafs schon bei einfachem Überstreichen der Merkurialsalbe eine Absorption von Hg stattfindet, dafs beispielsweise nach 20—25 Überstreichungen in allen Fällen eine sehr bedeutende Menge Hg im Harn angetroffen wurde, und dafs hier die Absorption nicht durch Einreibung in die Haut, sondern infolge von Abdunstung auf die Haut gestrichenen Quecksilbers vor sich gegangen sei. Am schnellsten und kräftigsten geschah die Absorption, wenn der Patient nach erhaltener

Überstreichung während einer Anzahl von Stunden (10—14) in einer gleichmäfsigen, nicht zu hohen Temperatur (am besten im Bette) sich befand. Für eine Überstreichung sind in der Regel 6 g hinreichend. Das bei Überstreichungen absorbierte Hg konnte W. aufser im Harn auch im Blute, im Abscefsinhalte nachweisen.

Von aufserordentlichem Interesse ist bei W.s Untersuchungen die Tatsache, dafs bei der Anwendung nur von Überstreichungen eine viel gröfsere Menge Hg absorbiert wird, als bei der Anwendung nur von Einreibungen.

Die geeignetste Weise, um eine schnelle und kräftige Absorption zu erhalten, wäre nach Welanders Ansicht die, sowohl Einreibung wie Überstreichung anzuwenden, so dafs eine Hautpartie erst mit Salbe eingerieben und dann mit solcher überstrichen wird. Ob man bei diesem Verfahren eine gröfsere Absorption erzielt als bei blofser Überstreichung mit der Salbe vermag W. mit Bestimmtheit nicht zu sagen. Dagegen steht es fest, dafs bei der Behandlung mit Einreibung und Überstreichung die Absorption von Hg eine viel kräftigere ist, als nach blofser Einreibung.

W. zieht aus seinen Untersuchungen die praktische Anwendung: Will man bei einer Einreibungskur eine kräftige Wirkung erzielen, so darf man sich nicht mit einer nur für die Einreibung bemessenen Menge Merkurialsalbe (am besten 1 Teil Hg und 2 Teile Fett) begnügen, sondern mufs eine so grofse Menge davon anwenden, dafs ein Teil derselben auf der Haut zurückbleibt. Diese auf der Haut zurückgebliebenen Salbenreste dürfen nicht abgewaschen werden, weil gerade durch diese eine sehr bedeutende Absorption von Hg bewirkt wird.

Da in manchen Badeorten so grofse Quantitäten Merkur verwendet werden, dafs sie nicht vollständig in die Haut eingerieben werden kann, sondern mehr oder weniger auf dieselbe aufgestrichen bleibt, so wird man die meist günstigen Resultate, welche mit der Einreibungskur in jenen Orten erzielt werden, darauf zurückführen müssen.

IV. **Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen,** von Richard Pick. Die Blutuntersuchungen wurden in 42 Fällen von Variola unter Beobachtung aller Vorsichtsmafsregeln täglich, zuweilen zweimal des Tages, gewöhnlich zwischen 4—6 Uhr nachmittags (Zeit der höchsten Temperatursteigerung) vorgenommen und bestand in der Zählung der weifsen Blutkörperchen vermittelst des Thoma-Zeiss'schen Zählapparates. Die roten Blutkörperchen, deren quantitatives Verhalten von vornherein wenigen Veränderungen ausgesetzt erschien, wurden nur in Zwischenräumen von einigen Tagen gezählt. Zum Einstechen wurde die Fingerkuppe und zwar eine von bestehenden Efflorescenzen möglichst weit entfernte Stelle gewählt.

Von den 42 beobachteten Fällen verhalten sich 35 mit Rücksicht auf die quantitativen Verhältnisse der Blutkörperchen ziemlich regelmäfsig. — Die Ergebnisse werden im folgenden tabellarisch in Gruppen geordnet, nach Mafsgabe der Schwere der Erkrankung, von der Variola modificatissima bis zur Variola vera confluens und hämorrhagica zusammengestellt.

Die I. Gruppe „Variola modificatissima" umfafst 7 Fälle. Die Tabellen weisen ein deutliches Steigen der Leukocytenkurve auf, parallel der Temperatursteigerung, jedoch dieser vorausgehend und wie diese die normalen Grenzen nicht überschreitend. — Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigt der Konstitution der Individuen gemäfs normale Verhältnisse, die im Verlauf der Krankheit keine Änderung erfahren.

Der II. Gruppe „Variola modificata" gehören 11 Fälle an, von denen 1 gar nicht, ein zweiter ohne Erfolg geimpft ist. 7 verlaufen ohne Komplikationen, 4 mit solchen.

Im Suppurationsstadium tritt durchweg Leukocytose ein und zwar steigt auf der Tabelle die Leukocytenkurve, etwa 1—2 Tage vor Eintritt des Suppurationsfiebers beginnend, an und bleibt diesem mehr oder weniger parallel. Die

roten Blutkörperchen bleiben stets ziemlich gleich, zumeist auf einer dem Ernährungszustande der einzelnen Kranken entsprechenden Höhe. Nur Fall 16 macht hiervon eine Ausnahme.

Die III. Gruppe „Variola vera" umfafst 6 Fälle. Im Eruptionsstadium ist eine Steigerung der Leukocytenzahl nicht nachweisbar. Im Suppurationsstadium finden sich dieselben Verhältnisse, wie bei Variola modificata: ein im Durchschnitte etwas höheres Steigen der Leukocytenzahl, in seinen Anfängen 2—3 Tage den ersten Fiebertemperaturen vorangehend, allmählich am 9.—11. Tage den Gipfelpunkt erreichend. In 2 Fällen, welche schwächliche, sehr schlecht genährte Kinder betrafen, verblieb die Leukocytose noch längere Zeit auf einer abnormen Höhe.

Zwei Fälle von Variola vera confluens zeigen während des Suppurationsstadiums eine enorm hohe Leukocytose, welche in dem einen Falle (26) am 10. Krankheitstage zur Norm zurückkehrt, bei Fall 27 aber direkt in die durch Komplikationen bedingte Leukocytose übergeht.

Die Gruppe Variola vera confluens c. hämorrh. umfafst 8 Fälle, von denen 4 bei ihrer Aufnahme ins Spital am vierten Krankheitstage während der Entwicklung des Exanthems fast normale Leukocytenzahlen aufweisen, die anderen 4 Fälle gelangen erst am fünften Krankheitstage zur Beobachtung und zeigen trotz geringer Fiebertemperatur bereits erhebliche Leukocytose.

Was die Leukocytose im Suppurationsstadium betrifft, so bieten 2 Fälle (33 und 34 kein reines Bild, weil bei denselben frühzeitig Komplikationen auftreten. Bei den übrigen 6 Fällen erhebt sich die Kurve ganz typisch 1—2 Tage vor der ersten, vom Eiterungsprozefs bedingten Fiebersteigerung recht steil und fällt, ohne auf der erreichten Akme lange stehen zu bleiben, bis zu einer gewissen Höhe, von welcher ab ein mehr allmähliches Sinken statthat, meist bis fast zur Norm, bevor die Komplikationen ein neues Steigen bewirken. Bei 3 von den 6 Fällen konnte dieser Verlauf nicht mit derselben Sicherheit nachgewiesen werden, weil der Exitus letalis zu rasch eintrat. Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigt eher eine Zunahme als eine Abnahme.

Verfasser führt eine Anzahl von Fällen an, die ein abweichendes Verhalten zeigen, bespricht kurz die diesbezügliche Litteratur. Brouardel beispielsweise, der bereits im Jahre 1870 das Blut Blatternkranker untersuchte, fand am sechsten Tage die relativ höchste Leukocytenzahl. Aus seinen Beobachtungen zog er den Schlufs. „Die weifsen Blutkörperchen vermehren sich im apyretischen Stadium vor der Suppuration; nach Eintritt der letzteren vermindert sich ihre Zahl, und wenn späterhin noch Vermehrung eintritt, so läfst dies auf Entstehen von Abscessen, Furunkeln und anderen Komplikationen schliefsen."

Dieses Resultat stimmt so ziemlich mit den Untersuchungen P.s überein.

In einer 2. Abtheilung der vorliegenden Arbeit bespricht P. den Einfluss der Komplikationen und Folgekrankheiten der Variola auf die numerischen Verhältnisse der Leukocyten.

Unter 8 Fällen mit Pneumonia lob. endigten 7 letal. Dieselben zeigten trotz der Komplikation keine Vermehrung, ja zuweilen eine pathologische Verminderung der weifsen Blutkörperchen. Die mit Variola sich komplicierende Pneumonia ist als Folge einer sekundären Infektion septischen Charakters zu betrachten und steht, was die Schwere der Infektion und den Zellenreichtum des Exsudats betrifft, der genuinen krupösen Pneumonie nicht nach. Sadler (*Fortschritte d. Medicin. 1891*) zieht aus seinen Blutuntersuchungen bei krupöser Pneumonie sogar den Schlufs, dafs das Fehlen der Leukocytose einen üblen Ausgang prognosticieren lasse.

Pick schliefst seine umfangreiche, sehr interessante Arbeit mit folgenden Sätzen:

„Die Blatterninfektion im engeren Sinne bewirkt keine Leukocytose, denn gerade im Eruptionsstadium, während des höchsten Fiebers und bei den allerschwersten Fällen, bis zu ihrem endlichen letalen Ausgange findet sich keine Leukocytenvermehrung.

Die sekundäre Infektion mit Eitermikroorganismen bewirkt mäfsige Leukocytose, meist proportional der Schwere des Falles; endet der Fall letal, so fehlt die Leukocytose. Letztere Erscheinung darf nicht allein auf Rechnung der stets vorhanden gewesenen lobulären Pneumonie gestellt werden, denn diese beherrscht keineswegs immer das Krankheitsbild.

Die Abscesse, die ganz den Charakter der durch die gewöhnlichen Eitermikroorganismen verursachten Entzündungen tragen, bewirken intensive Vermehrung der Leukocyten. — Die Zahl der roten Blutkörperchen bleibt während der ganzen Dauer der Krankheit, soweit aus den relativ wenigen Zählungen dieser Schlufs zu ziehen gestattet ist, auf fast normaler Höhe."

In einer weiteren Arbeit will Verfasser mitteilen, in welchem Verhältnis sich die verschiedenen Formen und Arten der Leukocyten an der Vermehrung beteiligen, und wie sich die eosinophilen Zellen quantitativ verhalten.

V. **Über Narbenbildung der Lederhaut**, von L. Heitzmann, New York. Verfasser nimmt gegenüber Grawitz die Priorität der Anschauung über die Entstehung der Bindegewebszellen aus indifferenten, embryonalen Zellen für seinen Vater Carl Heitzmann in Anspruch.

Die Struktur der Narbe hat Verfasser an einer derben Brandnarbe vom Halse eines Kindes studiert.

Die Ergebnisse fafst H. in nachstehenden Sätzen zusammen:

1. Die Narbe ist entweder von groben oder von zarten Bindegewebsbündeln aufgebaut, oder von einer Mischung beider Formen. Die Bündel durchqueren sich oder haben einen mehr oder weniger parallelen Verlauf.

2. Die Narben, selbst jene nach Verbrennung, zeigen häufig einen mit seichten und unregelmäfsigen Erhöhungen versehenen Papillarkörper zunächst der Epithelschicht.

3. In irgendwelcher Form der Bildung von Bindegewebsbündeln ist das Narbengewebe von einem Netzwerke lebender Materie durchzogen, ebenso wie es die Bündel der normalen Lederhaut sind.

4. Die Narbe entsteht aus myxomatösem Granulationsgewebe, indem dessen Grundsubstanz in den protoplasmatischen Zustand zurückkehrt und die Protoplasmakörper zu Spindeln zersplittern, welche mit leimgebender Grundsubstanz infiltrirt werden.

5. Bleiben die mit Grundsubstanz infiltrirten Spindeln erhalten, dann haben wir sogenanntes hart fibrilläres Bindegewebe vor uns. Verschmelzen die Spindeln hingegen in gröfseren Strecken, dann ist das Resultat ein derbes, grobbündeliges Bindegewebe.

6. Die Entwickelungsgeschichte der Narbe ist im wesentlichen identisch mit jener der normalen Lederhaut.

7. Das Verschwinden der Narbe kann erfolgen, wenn nur oberflächliche Partien der Lederhaut durch Eiterung zerstört worden sind. Das Narbengewebe wird dann streckenweise in den protoplasmatischen Zustand zurückgeführt, um eine dem Normalen sich nähernde Anordnung der Bindegewebsbündel zu ermöglichen.

8. Bei der Entzündung der Narbe kehren die Bindegewebsbündel zuweilen, vom Centrum je eines Bündels ausgehend, in den protoplasmatischen Zustand zurück, und durch Anwachsen der lebenden Materie des Protoplasmas erfolgen die weiteren Veränderungen wie bei der akuten Dermatitis, mit ähnlichen Ausgängen in Lösung, Hyperplasie oder Vereiterung.

VI. **Über Ätiologie und Wesen der „Urethritis catarrhalis" der Kinder männlichen Geschlechtes**, von S. Róna, Budapest. Unter „Urethritis catar-

rhalis" versteht man eine bei männlichen Kindern vorkommende akute und typische Entzündung der Harnröhre. Nach Bókai entspricht diese Harnröhrenentzündung der Kinder in ihrem Verlaufe wie bezüglich der Komplikationen ganz der Blennorrhœ der Erwachsenen. Auch bei der Urethritis catarrhalis kann, wie einige Autoren berichten eitrige Balanoposthitis, Schwellung der Inguinaldrüsen, nach Bókai sogar Schmerzhaftigkeit der Hoden auftreten, ohne dafs es wie bei der Nebenhodenentzündung zu entzündlichen Zuständen kommt.

Die Ätiologie und das Wesen dieser Harnröhrenentzündung der Kinder ist bis jetzt noch nicht genügend klargestellt. Von den meisten Autoren wird Masturbation als Ursache der Erkrankung angegeben. Bókai spricht sich gegen diese Annahme aus, und Verfasser ist nach den Beobachtungen, die er in dieser Richtung angestellt hat, der Ansicht, die Onanie sei absolut unfähig, Harnröhrenentzündung herbeizuführen.

Als Ursachen werden von Bókai mechanische und chemische Reize angegeben, so die Einführung diverser Körper in die Harnröhre, ungeschicktes Katheterisieren, das Eindringen von Harnsäurekrystallen, Nierensand oder von gröfseren Konkrementen aus der Blase in die Harnröhre. Unter den chemischen Reizen, welche die Krankheit hervorrufen können, erwähnt Bókai scharfe Injektionen, stark koncentrierte, gelöste Harnsäure in überschüssiger Menge enthaltenden Harn. Hierher gehören auch Nieren- und Blasenleiden. Verfasser hat diese Wahrnehmungen nicht gemacht und glaubt auch nicht, dafs diese Reize im stande sind, eine typische Urethritis zu erzeugen. Ebensowenig kann Mastdarm-Parasiten, Insektenstichen, juckenden Hauterkrankungen der Schamgegend (Ekzem, Skabies), sowie der Balanoposthitis bei Gegenwart von Phimose ein besonderer Einfluſs auf die Entstehung der Urethritis zugesprochen werden.

Dafs diese infektiöser Natur wäre, bestreitet Bókai in Übereinstimmung mit den ausgezeichnetsten Kinderärzten. Dafs die Urethritis auf dem Wege der Infektion entstehen könne, wird rundwegs als ausgeschlossen betrachtet. — Im Gegensatz hierzu hat Csèri 1885 auf Grund zweier Fälle den Verdacht der Urethritis catarrhalis als einer durch Kokken (den Gonokokken sehr ähnliche) hervorgerufenen Gonorrhoe ausgesprochen, wie er dies auch von der Vulvovaginitis kleiner Mädchen nachgewiesen hat. Verfasser hat Csèris Präparate gesehen und dessen Verdacht wohlberechtigt gefunden. Eigene Erfahrungen und Untersuchungen haben dem Verfasser die Ätiologie wie das Wesen der Urethritis catarrhalis klargestellt. Ähnlich wie kleine Mädchen durch inficierte Bäder, Badeschwämme, Handtücher, durch Zusammenschlafen mit den Eltern, Dienstboten etc. inficiert werden können, können es auch kleine Knaben. Die Erkrankung ist in erster Reihe, und nicht ausnahmsweise, wie Baginsky und andere Autoren glauben, auf Infektion und zwar auf Tripperinfektion zurückzuführen. Dies beweist schon die Beobachtung, dafs in einer Familie mehrere Kinder erkrankten, beispielsweise, wie Verfasser berichtet, zwei Mädchen und zwei Knaben. In einer anderen Familie inficierte ein vierjähriger Knabe seine achtjährige Schwester.

Es werden im folgenden noch einmal die klinischen Symptome der Krankheit, ihr Verlauf und ihre Komplikationen, unter denen Verfasser auch die Epididymitis erwähnt, im Zusammenhange besprochen. Die Urethritis catarrhalis, die gonorrhoischer Natur ist, setzt ziemlich vehement ein, ergreift schnell die ganze Harnröhre (so in den vom Verfasser erwähnten Fällen) und dauert meistens wochen- und monatelang. Mit der Krankheit fand Verfasser in einzelnen Fällen kompliciert Lymphadenitis, Lymphangitis, Balanoposthitis, Cystitis, Epididymitis. Eine Prostatitis, Striktur kam in den vom Verfasser beobachteten Fällen nicht vor. Verfasser meint, dafs die Urethritis der Kinder kein leichtes, sondern ein schweres und, was die Prognose betrifft, ernst zu nehmendes Übel sei.

An die Betrachtungen schliefst Verfasser die Krankengeschichte von 16 in seiner Praxis beobachteten Fällen an.

VII. **Über Arsenmelanose**, von Hugo Müller, Berlin. Verfasser bespricht zunächst die diesbezügliche Litteratur. Hebra, Devergie und Bazin haben die ersten hierher gehörigen Beobachtungen gemacht. Hebra meint in seinem Lehrbuche, dafs die Psoriasis an sich analog vielen anderen mit Hyperämie einhergehenden Hautkrankheiten an den abgeheilten Stellen Pigmentation hinterlassen könne. Eine besondere Disposition zur Pigmentierung zeigten aber diejenigen Psoriasiskranken, welche mit Arsenpräparaten behandelt worden wären.

Devergie und Bazin führen die Pigmentierungen der Psoriatiker mehr auf die interne Behandlung mit Arsen zurück und bezeichnen die betreffenden Pigmentflecken mit „Tâches arsénicales".

Neuere Beobachtungen haben gelehrt, dafs bisweilen im Verlaufe von mit Arsen behandelten Hautkrankheiten Hautpigment an solchen Stellen erschien, welche von dem Grundübel gar nicht betroffen gewesen waren. Es konnte demnach kein Zusammenhang zwischen dem Pigment und der ursprünglichen Hautkrankheit bestehen. Eine solche ausschliefslich der Arsentherapie zugeschriebene Hautpigmentation wurde mit „Arsenmelanose" bezeichnet.

Nach den Beobachtungen von Förster, Haffter, Wyss u. a. beginnen die infolge der Arsenmedikation entstandenen Pigmentationen mit einer gelblich braunen Färbung an Gesicht, Rumpf und Extremitäten, umfassen oft gleich im Anfange gröfsere Hautpartien, meistens aber erscheinen sie in einzelnen Flecken, die später zu gröfseren konfluieren können. Die Färbung kann bei fortgesetztem Gebrauche von Arsen tiefbraun werden. Die sichtbaren Schleimhäute sind bis jetzt nicht pigmentiert gefunden worden.

Die „bronzed skin" der Addisonschen Krankeit liefert ein ähnliches Bild wie die Arsenmelanose. Bei beiden zeigen sich, wie Wyss berichtet, Axilla, grofse Labien, Anus, die auch schon physiologisch stärker pigmentiert sind, am intensivsten verfärbt, während Handteller und Fufssohlen frei bleiben. Ein Hauptunterschied zwischen den Pigmentationen bei beiden Processen besteht jedoch darin, dafs beim Morbus Addisonii sich das Pigment mit grofser Vorliebe auf den sichtbaren Schleimhäuten lokalisiert, während dies bei Arsenmelanose, wie erwähnt, nicht der Fall ist.

Weiter werden differentiell-diagnostisch die idiopathischen Pigmentationen wie die kalorischen, toxischen u. a. besprochen, sodann einige prägnante Fälle von Arsenmelanose aus der Litteratur angeführt.

Die Rückbildung des Pigments bei der Arsenmelanose geht in der Weise vor sich, dafs die diffuse Braunfärbung allmählich sich aufhellt, sich, wie sie entstanden, in einzelne Flecke wieder auflöst und schliefslich verschwindet.

Im folgenden wird ausführlich der in Dr. Josephs Poliklinik beobachtete Fall von Arsenmelanose bei einem äufserlich mit Chrysarobin, innerlich mit Arsen behandelten Psoriatiker beschrieben. Die Einwände, dafs die Pigmentation im Zusammenhange mit dem Hautleiden oder mit dem Chrysarobin stehen könne, widerlegt Verfasser. Stark pigmentiert zeigten sich in diesem Falle auch die Kniekehlen, die von der Psoriasis meist verschont bleiben.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens der pigmentierten Haut ergab Pigment im Epithel und in der Cutis. Das Epithelialpigment war am stärksten in der Region der Basalzellen, spärlicher in der Stachelzellenschicht. Pigmentfrei waren die oberen Partien des Stratum granulosum bis zum Stratum corneum. — Das Epithelialpigment erscheint intracellulär und zwar im Innern der typischen Epithelzellen und liegt hier mehr wandständig, während der Kern und eine Zone um den Kern herum frei bleibt.

Das Cutispigment war am stärksten in den Papillen ausgebildet. Letztere enthielten je 8 bis 15 vielgestaltige, meist zackige, oder, wie Wyss sie bezeichnet, „hirschgeweihförmige“ Pigmentgebilde. Verfasser bespricht die Bedeutung dieser Pigmentgebilde ausführlich unter Berücksichtigung der einschlägigen Arbeiten von Wyss, Elsasser, Behrend, Aeby, Kölliker, mit dessen letzteren Beobachtungen sich die des Verfassers decken.

Was die Therapie der Arsenmelanose betrifft, so kommt es an erster Stelle darauf an, sofort nach Beginn der Braunfärbung das Arsen auszusetzen, sodann sind, um die Resorption möglichst zu fördern, Bäder, Massage etc. zu empfehlen. Wenn auch die Therapie sehr häufig im Stiche läfst, so kommt es doch nur in seltenen Fällen zu einer wirklich bleibenden Pigmentation der Haut.

VIII. **Die Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüse,** von C. Touton.

Die Untersuchungen wurden an einer von Sanitätsrat Elenz wegen Gonorrhoe exstirpierten und dem Verfasser übergebenen Bartholinischen Drüse angestellt.

Verfasser teilt ausführlich den histologischen Befund mit, bei dem vor allem auffallend ist, dafs sich das geschichtete Pflasterepithel durch den ganzen, fast bis ins untere Ende der Drüse hinreichenden Ausführungsgang und über seine sämtlichen Verzweigungen erstreckt. Wenn es richtig ist, wie Klein in Strickers Gewebelehre sagt, dafs nur der Mündungsteil des Ausführungsganges Pflasterepithel, alles übrige jedoch Cylinderepithel tragen soll, so mufs in vorliegendem Falle infolge der Gonokokkeninvasion eine sehr weitgehende Metaplasie des Epithels vor sich gegangen sein.

Was die Gonokokken betrifft, so enthalten solche nur die Pflasterepithel tragenden Anteile d. h. also die Ausführungsgänge, während die Cylinderepithel tragende Drüsensubstanz vollkommen frei davon ist. Die Gonokokkeninvasion nimmt von oben nach unten hin ab; im Bindegewebe, ebenso in den tieferen Epithelschichten sind trotz des starken Entzündungsprocesses nie Gonokokken gefunden worden. In den spärlich der Epitheloberfläche anhaftenden Eiteransammlungen fanden sie sich teilweise in Eiterkörperchen, teilweise frei. Hauptsächlich jedoch wucherten sie auf und zwischen den oberflächlichen Epithelien in den Saftspalten und Saftlücken und zwar in schmalen Zügen, in gröfseren flachen Rasen oder in kleineren Häufchen je nach der Form der sie beherbergenden Räume angeordnet.

In den von Jadassohn und Fabry veröffentlichten Fällen (je 1) fehlten die Gonokokken ebenfalls im Cylinderepithel, während sie im Pflasterepithel reichlich vorhanden waren. Als Grund für diese Erscheinung kann man annehmen, dafs das einschichtige Cylinderepithel mit seinen fest verkitteten pallisadenförmigen Elementen ohne sichtbare zwischenliegende Saftspalten der Invasion der Gonokokken grofse Schwierigkeit bereitet.

Verfasser hält es auf Grund seiner Befunde für zweifellos, dafs bei der Bartholinischen Drüse der gonorrhoische Entzündungsprocefs bei der Mündung beginnt und nach unten weiter fortschreitet. Sehr wahrscheinlich ist es, wenn man die auf die Umgebung metaplasierend einwirkenden Entzündungsreize in Betracht zieht, dafs infolge der höher gelegenen Gonokokkeninvasion die tiefer gelegenen angrenzenden Epithelpartien successive zur Umwandlung ihres einschichtigen Cylinderepithels in Pflasterepithel veranlafst werden, ehe die Gonokokkeninvasion dort beginnt.

IX. **Über ein Zwillingshaar mit einer einfachen inneren Wurzelscheide,** von Prof. Sebastiano Giovannini.

Die Beobachtung ist an einem excidierten Hautstückchen des behaarten Kopfes eines Kindes gemacht worden. Die beiden in allen ihren Teilen beobachteten Haare

waren von einer gemeinsamen inneren Wurzelscheide umgeben und innerhalb eines einzigen Follikels gewachsen.

Verfasser beschreibt ausführlich den Befund.

Im Grunde des Follikels sah man zwei gesonderte Papillen, je eine für jedes Haar. Die Papillen waren schmäler und kürzer als man bei der Dicke der entsprechenden Haare hätte erwarten sollen. Den kurzen Papillen entsprach die abnorm niedrige Matrix. Jedes Haar zeigte in den Querschnitten anstatt der gewöhnlichen runden Form eine ovale. Die beiden Matrices schienen in unmittelbarer Nähe des Follikelgrundes, also in ihrem unteren Teile nur unvollkommen getrennt, dagegen war die Scheidung in dem oberen Teile bereits vollständig.

Es werden weiter der Verlauf und die Anomalien der beiden Haare beschrieben. Der eingehenden Beschreibung sind vorzügliche Abbildungen beigefügt.

——— *C. Berliner-Aachen.*

Repetitorium der Chemie. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Medicin wichtigen Verbindungen, sowie des *Arzneibuches für das Deutsche Reich* namentlich zum Gebrauche für Mediciner und Pharmaceuten, bearbeitet von Prof. Dr. Carl Arnold. 5. verbesserte und ergänzte Auflage. Hamburg und Leipzig, Leopold Voss, 1893.

Zur Empfehlung des Buches mag schon der Umstand dienen, dafs dasselbe trotz der grofsen Zahl neuer Lehrbücher auf diesem Gebiete innerhalb weniger Jahre die 5. Auflage erlebt hat. In derselben hat der renommierte Verfasser unter Berücksichtigung der 3. Ausgabe der Pharmacopoea germanica, resp. des *Arzneibuches für das Deutsche Reich* manche Kapitel teils erweitert, teils neu bearbeitet. Ganz neu aufgenommen wurden die Beschlüsse des internationalen Kongresses zur Reform der chemischen Nomenklatur in Form eines Anhanges und tabellarischer Übersichten über die wichtigsten aromatischen Gruppen.

Die wichtigsten der in den letzten Jahren eingeführten Heilmittel hat der Verfasser einer Besprechung gewürdigt, sich jedoch stets streng innerhalb der Grenzen seines Gebietes gehalten. Er wird nirgends breit und greift, sosehr die Versuchung nahe liegt, auf Nachbargebiete, beispielsweise auf die Pharmakologie, nicht über. Das Buch ist namentlich für Mediciner und Pharmaceuten geschrieben und erfüllt als Repetitorium, besonders bei der Vorbereitung zum Examen, vollauf seinen Zweck. Es wird aber auch dem praktischen Arzte, der nicht Zeit hat, im Laboratorium zu arbeiten oder grofse Kompendien zu studieren, als Nachschlagebuch ausgezeichnete Dienste leisten und ihm auf alle ihn interessierenden Fragen, soweit sie ins Gebiet der Chemie gehören, kurze, klare, präcise Antworten erteilen. Wir können das wertvolle Werk, das auch in seiner äufseren Ausstattung durch excellenten Druck und vorzügliches Papier angenehm in die Augen fällt, auf das wärmste empfehlen.

C. Berliner-Aachen.

Untersuchungen über den Krebs und das Prinzip seiner Behandlung. Experimentell und klinisch, von Prof. Albert Adamkiewicz. Mit 9 lithographierten Tafeln und 4 Tafeln in Lichtdruck. Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig 1893. „Die bakteriologischen Forschungen lehren, dafs alle diejenigen Krankheiten, bei welchen im ergriffenen Körper einerseits örtlich begrenzte, pathologische, von den physiologischen Komponenten der Körpersubstanz durch Form und Gefüge abweichende Produkte, und andererseits allgemeine, die Gesamtfunktion des Körpers schädigende Krankheitserscheinungen auftreten, durch Mikrobien veranlafst werden, welche in den Körper sich einschleichen und in demselben auf dessen Kosten und zu seinem Nachteil leben und sich entwickeln.“ Von dieser Voraussetzung geht der Verfasser aus.

Kurzlebige Mikrobien — Urheber akuter Infektionskrankheiten — und langlebige Mikrobien — Urheber chronischer Infektionskrankheiten — müssen getrennt werden. Für beide Arten sind charakteristisch: die primären Herde, die Metastasen und Intoxikationen durch Toxine oder Toxalbumine, wenn auch die einzelnen Faktoren bei denselben zu verschiedener Entwickelung gelangen. Umgekehrt können wir, auch bevor der exakte Beweis der Mikrobien geführt ist, bei Leiden, die die genannten drei Momente zeigen, die parasitäre Natur annehmen zu diesen gehören die Syphilis und das Carcinom. Für letzteres ist heute noch die Cohnheimsche Hypothese geltend, der der Verfasser energisch zu Leibe geht. Dafs das Carcinom auf Tiere nicht übertragbar ist, hat dasselbe mit der Syphilis gemeinsam; das spricht nicht gegen die mikrobiäre Entstehung. Die Annahme, dafs eine embryonale verirrte Epithelzelle im Alter unter dem Einflufs eines Traumas resp. der Verminderung physiologischer Widerstände wieder erwache und kraft der ihr innewohnenden jugendlichen Proliferationsfähigkeit sich zu einem malignen Tumor entwickele, ist durch nichts gestützt. Es steht dieselbe in Widerspruch mit fundamentalen Vorgängen in der Natur: Organe, die ihren Beruf verfehlt haben, gehen zu Grunde, werden nicht wieder belebt, um sich gegen ihresgleichen vernichtend zu wenden. — Aus dem fötalen Leben zurückgebliebene Zellen behalten nicht bis in das hohe Alter des Individuums ihr jugendliches, embryonales Wachstumsvermögen.

Ist denn die Carcinomzelle überhaupt eine Epithelzelle? Die allgemeinen Unterschiede sind: Die Epithelzellen sind stets gesetzmäfsig angeordnet, architektonisch regulär gefügt, die Krebszellenkonglomerate sind dagegen der Typus des Gesetz- und Regellosen, sie fröhnen geradezu der Gesetzlosigkeit. Die Epithellager zeigen eine Kittsubstanz, nicht die Krebszellenlager, zwischen denen sich fremde Gebilde — Leukocytenhaufen — eindrängen. Dazu kommen eine Reihe specieller Unterschiede, auf die Verfasser genauer eingeht. Nur auf der Höhe ihrer Entwickelung gleichen die Epithelzellen den Krebszellen, an denen man mittelst Saffraninfärbung drei charakteristische Altersklassen unterscheiden kann. Die Krebszelle zerfällt in einem gewissen Alter und neue lagern sich peripherisch an, während die Epithelzellen sich unmerklich abstofsen und ersetzen, ohne notwendig zu degenerieren. — Dazu kommt, dafs es nicht so viele Carcinomarten giebt wie Epithelformationen. Aus diesen und vielen anderen Gründen folgt, dafs die Krebszelle keine Epithelzelle, die Krebssubstanz überhaupt kein Gewebe ist. Die Untersuchungen auf Parasiten im Krebs ergaben keinen direkten Erfolg, was ja nicht wunderbar ist, da die durch Mikrobien nach unseren Erfahrungen bewirkten Infektionsgeschwülste nur Elemente einer chronisch granulierenden Entzündung enthalten, die ja dem Carcinom fremd sind. Nach Gramscher Methode dargestellte Kokken finden sich auch in den Wurzelscheiden der normalen Haare. — Dagegen gelang es dem Verfasser leicht, die Giftigkeit der Krebse nachzuweisen, indem er die verschiedensten Gewebssysteme der Kaninchen auf ihre Empfänglichkeit gegen dasselbe prüfte.

Er benutzte die frisch nichtexulcerierten Krebsen entnommenen Krebsstücke als Infektionsträger, die noch in 1% Karbolwasser abgespült wurden. Im Unterhautzellgewebe und in der Peritonealhöhle entstand oft Eiterung resp. Entzündung. Eklatante Ergebnisse brachten die Implantationen ins Gehirn. Implantiert man etwas in das Gehirn, dann kann entstehen: 1. Verwachsung; erfolgt bei Implantation gesunden, lebenden, harten Gewebes. 2. Resorption; erfolgt bei Implantation weicher, lebender Gewebe. 3. Einheilung ohne die geringste Reaktion, wobei z. B. bei Glasperlen sogar eine Wanderung stattfinden kann. 4. Einkapselung durch reaktive Entzündung; erfolgt beispielsweise bei Implantation von Laminaria. 5. Eiterung. 6. Giftwirkung. Letztere ist das Charakteristische des verimpften Krebses. Ein Stückchen

Krebs, in das Kaninchen-Gehirn gebracht, tötet dasselbe in einigen Stunden bis Tagen unter folgenden Erscheinungen: die Tiere werden schwerfällig, träge, trunken, knicken mit den Pfoten ein, fallen bald auf die eine, bald auf die andere Seite, werden benommen, bekommen Opisthotonus. Diese Wirkung erzielten nur lebende Krebszellen, kein anderer Tumor.

Die Extraktion des Giftes „Cancroin" gelang durch Verreiben des zerkleinerten Krebsgewebes mit Wasser und Filtration; das Filtrat opalisiert leicht und reagiert alkalisch. Die Giftigkeit des Filtrats wurde wiederum durch Injektion in das Kaninchengehirn erprobt; sie trat stets sofort ein: Das Kaninchen stürzt hin, rotiert um die Achse, verdreht den Kopf, zeigt Nystagmus, Myosis, beschleunigte Atmung. Nachdem es eine Zeit wie betäubt dagelegen setzt es sich wieder auf; später treten Lähmung aller Extremitäten, Erscheinungen einer Einwirkung auf das verlängerte Mark, schliefslich der Tod ein. Mechanische Reizungen des Hirns durch Einstechen der Kanüle, Injektion von Wasser etc. bewirkten niemals ähnliche Erscheinungen. — Die Injektion in die Venen wirkt auch schnell tötlich; auch subkutan bewirkten grofse Mengen den Tod, jedoch sind die Ursachen desselben wegen der gleichzeitig entstehenden Phlegmone nicht eindeutig. — Das „Cancroin" verliert durch Stehen an Wirksamkeit, nicht durch Kochen. — Aus allen diesen Versuchen zieht Verfasser den Schlufs, dafs die Injektion frischer Krebsmassen in das Gehirn ein sicheres Reagens zur Feststellung der carcinomatösen Natur einer Neubildung ist. — Um nun die hypothetischen Parasiten, die Urheber des Cancroin, zu züchten, stellte der Verfasser Versuche am Gehirn des lebenden Kaninchens an, da er von der Annahme ausging, dafs die Parasiten nur auf „lebenden", nicht auf „toten" Nährböden gedeihen. Bringt man ein Stück Krebsmasse in das Gehirn eines Kaninchens, dann findet man nach dem sicher erfolgenden Tode des Tieres folgendes:

Makroskopisch ist das Gehirn unverändert oder entzündlich gereizt, das Krebsstück gequollen, dunkelgrünlich oder braun verfärbt, zuweilen sulzig und vom Gehirn durch eine dünne weifse Schicht getrennt. Eiterung und Jauchung können bei spät eintretendem Tode — trotz Antisepsis — sich einstellen. Mikroskopisch findet man nach kürzester Frist schon „Implantationsmetastasen": Das ganze Gehirn ist übersät von Krankheitsherden verschiedener Gröfse und Gestalt, die vorzugsweise in den natürlichen Spalten sitzen und an Zahl mit der Entfernung von dem implantierten Stück abnehmen. Die Herde haben das Aussehen kleinzelliger Infiltration mit centralem Zerfall und peripherer Ausbreitung. Das Nervengewebe in ihrer Umgebung erscheint destruiert, zerfressen, aufgezehrt. Es sind ganz eigenartige Bildungen. Gleichzeitig zeigt das Carcinomstück gröfsere Transparenz, zuweilen Defekte und Lücken. Der Inhalt der interseptalen Räume und kleinen Alveolen verliert sich zuweilen ganz. Dieser Zellschwund ist nur zum Teil durch Zerfall bedingt; der gröfsere Teil der Zellen ist spurlos verschwunden, d. h. sie sind ausgewandert und haben die geschilderten Herde durch Vermehrung bewirkt, ihre destruierende Tendenz gegenüber dem Nervengewebe bethätigend. — Vergleiche mit der Implantation eines epithelreichen Nierenstücks ergaben nichts Analoges.

Es weichen also die Krebszellen im morphologischen Bau, im physiologischen Verhalten, in den vitalen Eigenschaften von Epithelzellen ab. Es sind eigenartige Lebewesen, die Parasiten des Krebses selbst. Verfasser nennt sie „Coccidium sarcolytus" und zählt sie zu den Protozoën; die „Implantationsmetastasen" stellen Nester und Brutstätten derselben dar, Carcinomen wie Cancroiden sind sie in gleicher Weise eigen. Wie Verfasser das Verhältnis der Sarkolyten zu den herrschenden Krebstheorien bespricht, will ich hier übergehen.

Die Bildungsstätte des Cancroin sind die Krebszellen selbst, dafür spricht: Die

Giftigkeit der Carcinome geht parallel dem Zellreichtum; mit „Scirrhus“ kann man Kaninchen nicht töten. Tötet man die Krebszellen durch 3%ige Karbolsäure oder durch Einlegen in kochendes Wasser, dann verlieren dieselben ihre Giftigkeit, das geimpfte Tier bleibt am Leben, von den geschilderten histologischen Anomalien ist nichts zu finden. Die Substanz des geimpften Hirns nimmt giftige Eigenschaften an. — Der weitere Gedankengang führte den Verfasser zu den bekannten Thatsachen, dafs die krankheitserregenden Mikroorganismen durch ihre eigenen Stoffwechselprodukte am besten vernichtet werden. Positive Erfolge sind aber nur erreicht worden bei akuten Infektionskrankheiten (Pocken), bei chronischer Tuberkulose mufs man sich noch mit einem prinzipiellen Erfolge begnügen. — Es galt nun zunächst festzustellen, ob das Cancroin gegen die bösen Wirkungen der Krebstransplantationen und der Cancroininjektionen immunisiert. Die Resultate bei den diesbezüglichen Versuchen waren vorhanden, aber nicht konstant genug; jedenfalls trat keine Kumulation ein. Um diese und die therapeutischen Versuche gut auszuführen, galt es, das Cancroin in genügender Reinheit und Menge zu gewinnen, was aber unüberwindliche Schwierigkeiten bietet. Nun fragte sich Verfasser: Was ist Cancroin? Wodurch könnte es ersetzt werden? Die physiologischen Eigenschaften des Cancroin sind aus der Giftwirkung ersichtlich. Chemisch kann es kein Toxalbumin sein, da der wässerige Auszug durch Kochen nicht an Giftigkeit verliert. Ein Ptomain konnte es nicht sein, da gerade das frische Krebsgewebe am giftigsten ist und die Fäulnisptomaine, in gleicher Weise gewonnen, wirkungslos blieben. Es kann also das Cancroin nur ein Toxin sein. Es gleicht aber die Cancroinwirkung derjenigen des Leichengifts. Durch Implantation frischer Leichenteile (vor Eintritt der Fäulnis entnommen) konnte Verfasser dieselbe Giftwirkung erzielen, aber ohne die metastatischen Herde und histologischen Veränderungen. — Durch viele Versuche stellte A. dann fest, dafs giftige Stoffe der Leichenteile und nicht in ihnen vorhandene Mikrobien die Ursache der malignen Wirkung sind, und dafs ein wässeriger Auszug aus den Leichenteilen in seinen Folgen dem Cancroin wenigstens sehr nahe kommt. Der wirksame Bestandteil des Leichengifts ist nun das Cholin-Bayer, das aber nicht wie Cancroin wirkt; durch Abspaltung eines Moleküls H_2O erhält man aber das Neurin. Dieses konnte mit dem Cancroin identisch sein. Versuche zeigten, dafs 0,02 Neurin, in das Gehirn injiciert, tötet, subkutan appliciert, wirkungslos bleibt. Der Befund im Gehirn entspricht demjenigen nach Cancroineinspritzungen; dasselbe erscheint geschwollen, rot. Die Versuche über die Einwirkung des Neurin auf die Krebszelle wurden direkt an Menschen angestellt. Aus denselben konnte Verfasser folgern, dafs das Neurin auf das Carcinom und seine Metastasen (Drüsen) specifisch einwirkt (es trat örtliche Reaktion ohne Allgemeinerscheinungen ein) und dafs eine Nekrose der Krebselemente (der Sarkolyten) eintritt ohne oder mit sichtbarer Entzündung, die dann durch Abstofsung oder Resorption eliminiert werden. Normale Gewebe, speziell Epithelien, greift das Neurin nicht an.

Zu den meisten klinischen Versuchen benutzte der Verfasser eine mit Phenol gesättigte 25%ige, durch Citronensäure neutralisierte Neurinlösung, die das eigentliche, von E. Merk dargestellte „Cancroin“ darstellt. Als Cancroin II. bezeichnet er die doppelt, als Cancroin III. die vierfach verdünnte Lösung. Mit letzterer wurde stets begonnen. Die Flüssigkeit wurde tropfenweise subkutan injiciert. Schwindel, Wärmegefühl, Druck in den Augen, Zusammenziehen im Halse, vermehrte Speichelsekretion stellten sich bei den ersten Injektionen ein, blieben aber später aus; selten trat Schüttelfrost ein. Mit ½ Spritze Cancroin III. wird begonnen und täglich um einen Teilstrich gestiegen. Allmählich kommt man so zu Cancroin I., jedoch sind die grofsen Dosen nicht immer die wirksamsten. Es folgt der Bericht über 25 positive

Fälle. Aus diesen geht hervor, dafs das Cancroin neben der materiellen Wirkung eine desodorierende und schmerzstillende ausübt.

Aus den Schlufsbetrachtungen will ich nur erwähnen, dafs der Verfasser aus seinen therapeutischen Erfolgen, über die sich jeder durch Nachlesen der abgedruckten Krankengeschichten ein Bild machen kann, sich für berechtigt hält, anzunehmen, dafs wir im Cancroin das Prinzip gefunden haben, welches einen therapeutischen Einflufs auf die Carcinome ermöglicht, und dafs damit die Bahn eröffnet ist, auf welcher nunmehr weitere Fortschritte in der Behandlung des Krebses in steter Entwickelung folgen müssen.

(Es steht nicht wohl an, im Rahmen eines Referats an einer solchen Arbeit, die durch das zielbewufste, konsequente Vorgehen gewaltigen Eindruck macht, Kritik zu üben. Nur durch Nachprüfung und eingehendstes Studium kann man prüfen, ob in die lange Reihe von Schlüssen sich nicht ein logischer Fehler eingeschlichen hat, ob vielleicht eines der aufgerichteten Gerüste dieses Gebäudes morsch ist. Vorläufig mufs man sich begnügen, dem Fleifs und der Ausdauer des Verfassers seine höchste Achtung zu zollen, ohne sich dabei von jeder Skepsis frei zu machen. Skepsis erheischt die Wissenschaft, in der das Wort „eines Mannes Rede ist keines Mannes Rede" auch dann Geltung haben mufs, wenn dieser Mann die höchste Stelle einnimmt. Das ist kein Mifstrauen, sondern nur eine berechtigte Folge des Wortes „Irren ist menschlich". Nehmen wir also die Arbeit mit der nötigen Bewunderung, der nötigen Skepsis und der Hoffnung hin, dafs die Ideen des Verfassers sich verwirklichen werden, diese Arbeit einen Markstein in der Wissenschaft, nicht nur eine historische Reminiscenz bilden wird. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Zur Ätiologie von Masern, Pocken, Scharlach, Syphilis, von Doehle (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde.* 1892. No. 24.) Im Anschlufs an früher gefundene parasitäre Protozoen im Blute von Masernkranken[1] (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anatom.* Bd. III. No. 4) dehnte Verfasser seine Untersuchungen weiter aus. Bei Masern, Scharlach und Pocken konstatierte er Protoplasmakörperchen, die dem normalen menschlichen Organismus fremd sind, im Blute, bei den Pocken auch im Pustelinhalt. Er fafst dieselben als verschiedene, aber ähnliche Arten von Protozoen auf und sieht sie als die Urheber der Krankheit an. Alle drei haben ein gemeinsames Entwickelungsstadium, das der geifselführenden Kugeln, jedoch sind sie auch in diesem durch die Gröfse der Kugeln, die Bildung des Hofs, die Länge der Geifseln zu unterscheiden. Bei den Pocken scheint ihm eine Fortpflanzung durch Sporenbildung vorzukommen. — Die Untersuchungen bei Syphilis erstreckten sich auf 4 primäre Geschwüre, sowie auf Lebern, Lungen und Inhalt der Pemphigusblasen hereditär syphilitischer Kinder. Auch hier war der Befund ein positiver; bewegliche Protoplasmakörper in verschiedenen Formen, den Entwicklungsstadien eines parasitären Protozoen, konnten stets konstatiert werden. (Man wird wohl gut thun, weitere Bestätigungen abzuwarten.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

[1] S. *diese Zeitschrift* Bd. XV. pag. 309.

Bestäubungen, Bepinselungen und Bäder mit Sublimat bei der Behandlung der Variola, von EMERIT. *(Thèse de Paris.* 1892.) Die Anwendung des Sublimat in den im Titel genannten Formen soll die Allgemeinerscheinungen günstig beeinflussen, die Narbenbildung verhindern und einen normalen Verlauf der Rekonvaleszenz sichern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Abscesse nach Pocken, von COMBEMALE und MARIVINT. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 584.) Die Verfasser haben 30 derartige, von 25 Pockenkranken stammende Abscesse untersucht. Der vierte Teil derselben war gänzlich bazillenfrei; in einem Drittel sämtlicher Abscesse fanden sie den Staphylococcus citreus, in den übrigen den Staphyloccus aureus und albus, entweder nur je einen oder beide zusammen. — Das Auftreten der Abscesse hängt von dem Allgemeinbefinden der Patienten vor der Erkrankung an Pocken ab; ihr Sitz im Gesicht wird dadurch verursacht, daſs man letzteres mit Vaselin einreibt; dadurch werden die Pusteln zu Kammern, in denen die Kokken ungestört wachsen können.

Türkheim-Hamburg.

Eine Theorie, betreffend die Windpocken von R. A. BIRDWOOD. (*Guy's Hospital Reports.* Edited by N. Davies-Colley and W. Hale White. Vol. XLVIII. London.) Nach Verfasser gelangen die Keime der Windpocken direkt durch die Luft auf die Haut und erzeugen bei nicht durchseuchten Individuen die charakteristischen Pusteln. Sekundär als Folge der Störung der Hautthätigkeit treten die allgemeinen Krankheitserscheinungen ein. Die Schwere der Erkrankung ist abhängig von der Dauer der Exposition gegenüber dem Ansteckungsstoff. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über einen Abscefs im Gefolge von Varicellen in einer knöchernen Narbe, von E. KUMMER. (*Revue médicale de la Suisse Romande.* 1892. No. 6.) Ein Jahr nach einer bei einem 6jährigen Mädchen wegen Genu valgum gemachten Osteotomie entsteht ein Abscefs an der Operationsstelle linksseitig, 10 Tage nach Erkrankung an Varicellen. Verfasser nimmt die Einwanderung von Streptokokken ins Blut durch ein verletztes Varicellenbläschen als Ursache des Abscesses an. (Eine nicht unbedeutende Kombinationsgabe ist dem Verfasser nicht abzusprechen.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fall von Scarlatina mit langandauernder Hyperthermie, von L. v. TALAMON. (*La méd. mod.* No. 37.) Verfasser schildert genau einen Fall von Scharlach bei einer 28jährigen Frau, bei der zur Zeit des Erblassens des Exanthems (den 6. Juni) sich eine Erhöhung des früher andauernd 40° betragenden Fiebers auf 41,2 einstellte mit Delirien, Schwäche, typhöser Zunge, frequentem Puls (120—140). Dieser Fieberzustand, für den absolut kein Grund in irgend einer organischen Störung zu finden war, hielt in ziemlich gleicher Weise an, bis man zur Anwendung kalter Bäder am 15. Juni schritt; es wurde dreistündlich ein Bad von 25° gegeben, das durch kalte Übergieſsungen auf 16° abgekühlt wurde. Erst am 26. Juni war Patient ganz fieberfrei. — Diese Hyperthermie ist nicht identisch mit dem Nachfieber bei Scharlach, das ohne cerebrale Symptome über die gewöhliche Zeit hinaus anhält.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine Epidemie von unmittelbar nacheinander folgenden Röteln und Masern. Einiges über Röteln und scharlachähnliche Hautausschläge, von KRAMSZTYK. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* 34. Bd. 2.—3. Heft.) In 4 Familien sah Verfasser bei 12 Kindern Röteln, die sich in 3—4 Tagen abspielten: gleichmäſsige, das Gesicht freilassende Röte fast ohne normal gefärbte Hautstelle, wenig katarrhalische Symptome, Wohlbefinden, keine Abschuppung. 2—4 Tage nach Ablauf der Röteln trat eine neue Erkrankung ein, die sich nach 2—3tägigem Initialfieber als

typische Masern charakterisierte und unter ziemlich schweren Erscheinungen verlief. Verfasser trennt Rubeola scharf von Masern und Röteln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der epidemische Morbus Brightii und die Scarlatina in Oyonnax und Umgegend, von Fiessinger. (*Gaz. méd. de Paris.* 1891. No. 41. 42.) Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu den Schlüssen, dafs der Morbus Brightii auch unabhängig von Scarlatina epidemisch auftreten kann, ohne dafs irgend ein Unterschied zwischen den verschiedenen Nephritiden existiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Übertragung der Masern, von Reger. (11. Kongr. f. innere Med. *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 31.) Verfasser schliefst aus seinen Erfahrungen im Potsdamer Kadettenhause, dafs die Abschuppung nicht ansteckend ist, ebensowenig die Inkubationszeit; die Ansteckung erfolgt während des Prodromalstadiums bis zum Abblassen des Exanthems; dieselbe erfolgt direkt von Person zu Person oder indirekt ohne Erkrankung der Mittelglieder. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Bacillus im Blute von Masernkranken, von Canon und Pielecke. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 16.) Bei 14 Masernkranken fanden die Verfasser im Blute, Auswurf, Nasenschleim, Konjunktivalsekret mittelst Färbung mit Eosin-Methylenblaulösung verschieden grofse, zuweilen wie Doppelkokken erscheinende Bacillen während des ganzen Verlaufes der Masern, in einem Falle noch drei Tage nach der Entfieberung. Züchtungen mifslangen, nur in drei Bouillonkulturen fanden sie der Form nach gleiche Bakterien. Nach Gramscher Methode sind die Bacillen, die die Verfasser für die Erreger der Masern halten, nicht färbbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Bei den **parasitären Hautkrankheiten,** wie Eccema, Akne, Impetigo u. s. w. hat sich nach Hervouet die Salicylsäure sehr bewährt. Näheres über ihre Anwendungsweise wird leider nicht mitgeteilt. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 669.)

Türkheim-Hamburg.

Über Ekzem und seine Behandlung mit Zinköl, von Richard Drews. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Bei der Behandlung der Ekzeme der Kinder hat sich dem Verfasser das von Lassar empfohlene Zinköl, eine Mischung aus Zinc. oxyd. und Ol. olivar., sehr bewährt. Je nach der Menge des Zinc. oxyd. ist die Paste von verschiedener Konsistenz. Drews benutzte besonders

Zinc. oxyd.	30,0
Ol. olivar.	50,0

Mf. Pasta mollis.

bei Intertrigo etc., nachdem die Fläche durch Waschungen oder Verband mit Aqua plumbi von anhaftendem Sekret und Borken gereinigt und mit Watte abgetupft ist; zwischen Berührungsflächen kommt Watte. Genitalien und Anus werden mit Mullbinden umwickelt. — Wie Verfasser an einem Falle zeigt, hat diese Behandlung auch beim chronischen Ekzem alter Leute guten Erfolg. — Als Prophylacticum ist das Zinköl zum Schutze der Haut bei macerierenden, antiseptischen Verbänden auch sehr vorteilhaft. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eccema recens artificiale, von Emerich Thomas. (*Allg. Wiener med. Zeitschr.* 1892. No. 44.) An zwei Fällen, bei denen artificielle Ekzeme bestanden, hat Verfasser

die schnell überhornende Wirkung eines Pulvers aus Salicylsäure, Amylum und Talcum (Mischungsverhältnis?) erprobt. In dem einen Fall war der ganze Arm nach langer Applikation von Guttaperchapapier ekzematös, im zweiten das Skrotum nach Ung. cinerum. *Jessner-Königsberg i. P.*

Über Pemphigus neonatorum, Erblichkeit und Infektion, von Langfeldt. (*Der ärztliche Praktiker.* 1893. No. 7.) Verfasser giebt die Litteraturangaben über Pemphigus acutus neonatorum und erwähnt gleich im Anschluſs daran den Pemphigus vulgaris und chronicus, so daſs man nicht recht klar ist, ob er diese Leiden genügend auseinander hält. Er hält den Pemphigus für parasitär. Daſs der Pemphigus acutus neonatorum auch angeboren vorkommen soll, dafür führt er folgenden Fall an: Gesunde Bauersleute, die zwei gesunde Kinder hatten, verloren zwei Jahre hintereinander die Neugeborenen an einem am Ende der ersten Woche ausgebrochenem Pemphigus. Ein weitere zwei Jahre später geborenes Kind bekam nur am Ende der zweiten Woche einige Bläschen. Die Eltern hatten die ganze Zeit täglich 1 mg Arsenik gebraucht. Die Krankheit soll nun nach Verfasser in ihrer Anlage angeboren oder intra partum erworben sein.

Der vermutete günstige Einfluſs des Arsengebrauches der Eltern auf den Krankheitsverlauf des zuletzt geborenen Kindes wie die Auffassung des Verfassers sind anfechtbar. *Jessner-Königsberg i. P.*

Über die Impetigo contagiosa, von Louis Wickham. (*L'Union méd.* 1892. No. 19—23.) Der Verfasser schildert eingehend und klar das Bild der Impetigo contagiosa: Die unter leicht fieberhaften Erscheinungen auftretenden erythematösen Flecken, die anfangs klaren, später trüben Bläschen, das Platzen derselben, die Entstehung der honiggelben Borken, nach deren Abstoſsung eine rote, bald abblassende Stelle zurückbleibt. Gesicht, Capillitium, Nacken, Hals, obere Extremitäten, Hände, untere Extremitäten, Bauch, Rücken werden in einer der Reihenfolge entsprechenden Häufigkeit ergriffen. Zur Verbreitung trägt vornehmlich das Kratzen bei. Er tritt für die Kontagiösität des Leidens ein und weist auf die Bedeutung der Impetigo-Bockhart hin. Daſs derselbe Coccus auch Furunkel, Sycosis non parasitaria bewirkt, thut ihrer Specificität keinen Abbruch. Fünf Faktoren sind für das Entstehen des specifischen Krankheitsbildes verantwortlich: 1. die Natur des pathogenen Mikroorganismus, 2. die Menge der infektiösen Keime, 3. ihre Eingangspforte, 4. das Terrain, auf dem sie sich entwickeln, 5. ihre Virulenz.

Prädisponiert sind Individuen mit Skrophulose, „lymphatischer" Konstitution, feiner Haut. *Jessner-Königsberg i. P.*

Behandlung des **Herpes tonsurans**: Die Plaques werden stark eingeseift und mit einem stumpfen Spatel abgestrichen, alsdann wieder mit Seifenwasser abgewaschen. Alsdann wird der ganze Kopf mit folgender Salbe eingerieben:

Acid. chrysophan.	
Acid. boric.	aa 2,0
Acid. salicyl.	
Vaselin.	aa 100,0

Diese Salbe wird 24 Stunden liegen gelassen, alsdann auf nochmals 24 Stunden erneuert, nach im ganzen 48 Stunden mit Seifenwasser und Spiritus Terebinth. abgerieben. Darauf wird der ganze Kopf mehrmals täglich mit einer 0,4%igen Sublimat-Lösung abgewaschen. Alsdann beginnt die ganze Prozedur von neuem, bis Heilung erzielt ist. *Türkheim-Hamburg.*

Über Herpes tonsurans maculosus, klinischer Vortrag von Kaposi. (*Ärztl. Centr.-Anz.* 1892. No. 36.) Kaposi definiert den Herpes tonsurans maculosus als eine

akute Eruption, bestehend aus kleinen hyperämischen Knötchen, aus welchen sich linsen- bis pfenniggrofse Herde entwickeln, deren Mitte Schüppchen bilden, während die Randpartie sich scharf absetzt. Charakteristisch sind die kleinen Zacken an der Peripherie als Ausdruck der unter allen Umständen entstehenden verschieden grofsen Bläschen. Der Herpes tonsurans maculosus überträgt sich im Gegensatz zum Favus meistens leicht. Die Hartnäckigkeit desselben am behaarten Kopf erklärt sich durch das Hineinwachsen in die Follikel, wo er, wenn die Haare abbrechen, zurückbleibt. Die häufigste Entstehungsursache ist Feuchtigkeit: feuchte Wäsche, feuchte Umschläge, Badekuren. — Bei Übertragung vom Tier auf den Menschen macht der Pilz heftigere Entzündung. Der Ausdruck einer solchen sei die Sycosis parasitaria mit der mächtigen Infiltrationsbildung und den Abscedierungen. — Kaposi spricht sich für die Verschiedenheit des Achorion und Trichophyton aus, jedoch schreibt er letzterem auch das Eccema marginatum zu, das sich durch das intensive Jucken, die ungemeine Hartnäckigkeit, den Sitz und die Art des Weiterschreitens unterscheidet. — Zur Behandlung ist die Schmierseife am geeignetesten; der Zusatz von $^1/_2$% Naphtol verzögert die Heilung und kann schon Erytheme bewirken. Ebensowenig sind Zusätze von Bals. peruvianum, Salicylsäure etc. zu empfehlen. Geeignet, wo Ekzem nach Schmierseife entsteht und kein Odem vorhanden ist, ist auch Ung. sulfur. Wilkinsonii, 6—8 Tage eingerieben. Gut bei beschränkterer Ausdehnung sind auch: Jod, Jodtinktur, Teer, Schwefel, Chrysarobin, Pyrogallussäure; oft genügt Lassarsche Paste. Gut ist:

Lac. sulf.	10,0
Spirit. sapon. kal.	
Spirit. lavandul.	ää 25,0
Glycerin.	2,0

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen die **Psoriasis der Kopfhaut** verwendet E. Besnier folgende Salbe. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 728.)

Sapon. kalin.	
Vaselin.	ää 20,0
Ichthyol.	2,0
Acid. salicyl.	
Acid. pyrogall.	ää 1,0

MDS. Zum täglichen Einreiben. — Bei zu starker Reizung ist die Anwendung zu unterlassen. *Türkheim-Hamburg.*

Eine neue Behandlungsmethode der Alopecie, von A. Morel-Lavallée. (*L'Union médical.* 30. Juni. 1892.) Waschen der haarlosen Stellen mit Antisepticis, Skarifikation, Salbe (?); Wiederholung der Skarifikationen alle acht Tage. Wirksam ist das Verfahren nur bei der auf parasitäre Ursachen zurückgeführten Alopecia areata. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pflanzlich-parasitäre Hautaffektionen in Chile (Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria, Kerion Celsi), von Frömel. (*Anales de la Universidad de Santiago de Chile.* Bd. 82. 1892.) Verfasser konstatiert, dafs die Dermatomykosen in Chile weit seltener vorkommen als in Europa und demnach dort auch weniger bekannt sind, weshalb er seinen Landsleuten eine detaillierte Beschreibung derselben geben zu müssen glaubte. Verhältnismäfsig am häufigsten kommt vor die Impetigo contagiosa (als deren Pilz er das Trichophyton tonsurans ansieht), folgen dann, nach dem Grade der Frequenz geordnet, der Herpes tonsurans, die Pityriasis versicolor und der Favus. Von der Kontagiosität der Alopecia areata ist er absolut überzeugt und bedauert er, dafs keine obrigkeitlichen Bestimmungen bezüglich der Reglementierung der Rasier

buden bestehen. Die kasuistischen und therapeutischen Angaben enthalten nichts Erwähnenswertes. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

b. *der Cutis.*

Ein Fall von Allgemeininfektion mit Streptokokken infolge von Hauterysipel, von PFUHL. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 1892. Bd. XII, No. 1.) Beim Erysipel erfolgt in der Regel keine Allgemeininfektion, da Streptokokken meistens nur in den Lymphgefäfsen am Rande des Erysipels und in den benachbarten Bindegewebsspalten von KOCH, FEHLEISEN etc. gefunden sind. DENUCÉ hat aber bei ausgedehnten Untersuchungen vielfach in Lungen, Nieren etc. die Streptokokken in einzelnen Fällen konstatiert, niemand hat aber eine allgemeine Ausbreitung in sämtlichen Organen beobachtet. Verfasser stellte genauere Untersuchungen bei einem 16 Tage alten, nach sechstägiger Erkrankung an Erysipel gestorbenen Kinde an. Im Blute der Vena jugularis externa dextra, in der Pericardialflüssigkeit, im Herzfleisch, in den Lungen, der Leber, der Milz, den Nieren, den Mesenterialdrüsen konnte er mikroskopisch und durch Züchtung Streptokokken nachweisen. Im Blute lagen sie frei zwischen den roten und weifsen Blutkörperchen, in der Pericardialflüssigkeit waren sie frei und auch an den Leukocyten und Epithelien haftend zu finden. In der Haut lagen die Kokken in den Lymphgefäfsen, Lymphspalten und Blutgefäfsen, hier mehr zerstreut oder in kleinen Häufchen, oder auch einen Pfropf bildend. Die Lungen enthalten die Kokken in den Blutgefäfsen, den Alveolenwandungen, dem Alveoleninhalt, Milz, Herz, Leber und Nieren in den Blutbahnen und im Gewebe. — Es ist also eine Allgemeininfektion mit Streptokokken bei Erysipel möglich, aber nicht häufig.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Anthrax und Staphylococcus, von A. BOUGAN. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1047). Es wird auf den bereits bekannten Zusammenhang von Staphylococcus aureus und Karbunkel hingewiesen. Als wirksamste Behandlung empfiehlt Verfasser in geeigneten Fällen Zerstörung des Anthrax mit zugespitzten Stäben aus Chlorzink (Flèches de Canquoin). *Türkheim-Hamburg.*

Ein schwerer Fall von Anthrax, von DAVIER-COLLY. (*The Lancet.* 17. November 1892.) Eine mit Anthrax inficierte Stelle des linken oberen Augenlids wurde excidiert und Ipecacuanhapulver aufgestreut. Intern Ipecacuanha 0,3 und Morph. 0,01, 4stündlich. Verschlimmerung. Dieselbe wich nach Verabreichung von Brandy. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Adenitis infectiosa, von REIGNIER. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 583.) R. nimmt eine Adenitis infectiosa chronica an, die durch Streptokokken und Staphylokokken bedingt ist. Daneben giebt es noch eine Adenitis infectiosa acuta der Kinder, die in Eiterung oder Resorption endet. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Gesichts-Akne, von RENAULT. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 592.) Bei leichteren Graden, wo es sich nur um einzelne Pusteln handelt, genügt es, das Gesicht täglich zweimal mit möglichst heifsem Wasser abzutupfen, bis die Pusteln ganz verschwunden sind.

Bei stärkerem Ausschlag, wenn die Pusteln gröfser und zahlreicher sind, wird das Gesicht des Abends mit folgender Salbe eingerieben:

Vaselin.	30,0
Sulf. praecip.	3,0
Spirit. Ros.	10,0.

Am Morgen wird die Salbe mit warmem Wasser abgewaschen und die Haut

eingepudert. Statt der Salbe kann man auch eine der folgenden Lösungen mittelst Pinsels auftragen:

Acid. salicyl.	10,0	oder	*Jodoform.*	4,0
Aeth. sulf.	30,0		*Aether. sulf.*	30,0.

Bei den schweren, konfluierenden Formen muſs man etwa fünf Abende hintereinander das Gesicht mit grüner Seife einreiben. Die Seife wird erst am nächsten Morgen entfernt, die Haut darauf gepudert. Mit diesen Einreibungen hat man aufzuhören, sowie die Haut stärker gereizt erscheint, was, wie gesagt, gewöhnlich nach fünf Tagen der Fall ist; alsdann werden Waschungen mit Kleien- oder Eibischabkochung unter Zusatz von etwas Borwasser vorgenommen, bis die Hautreizung vorüber ist. Darauf wird wieder mit grüner Seife eingerieben und so fort bis zur Heilung. Das nachbleibende Erythem wird mit folgender Lösung jeden Abend gepinselt:

Sulf. praecip.
Glycerin
Alkohol. camphor.
Aq. Rosar. aa 25,0.

Bleiben trotzdem noch einzelne Verhärtungen zurück, so müssen dieselben mit Glüheisen oder Skarifikationen behandelt werden.

Kaffee, Thee und Alkoholica sind während der ganzen Zeit zu meiden. Leberthran und Jodeisen-Syrop befördern die Heilung. *Türkheim-Hamburg.*

Die Behandlung der Gesichtsrose mit Sublimat-Zerstäubungen, von E. Colas. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1049.) Diese Behandlung ist gefahrlos und schmerzlos und führt in kürzerer Zeit als ein sonstiges Verfahren die Heilung herbei. Eine Sublimat-Lösung von 1,0 : 1000,0 mit etwas Zusatz von Acidum tartaricum wird mittelst eines Listerschen Spray aus einer Entfernung von 30 cm eine halbe Stunde lang auf das Erysipel und seine Umgebung zerstäubt. Je nach der Gröfse der entzündeten Fläche wird das Verfahren 2—6 mal täglich vorgenommen. *Türkheim-Hamburg.*

Pemphigus ulcerosus, von A. Mathieu. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1135.) Es handelte sich um einen pemphigusartigen Ausschlag bei einem 47jährigen Drechsler. Der ganze Körper war befallen. Die Pusteln hatten im allgemeinen die Gröfse eines 50-Centimes-Stücks, doch waren einzelne viel gröfser. Sie platzten sehr bald und enthielten wenig zähen Eiter. Die nachbleibenden Geschwüre waren äufserst schmerzhaft und heilten nur sehr langsam. Sie gewährten, namentlich in späteren Stadien, den Anblick einer Kokarde, waren im Centrum rot, mit einem dünnen Epithelüberzug, es folgte ein Kreis kleiner, trockener, dunkelroter Granulationen, alsdann weiter nach aufsen ein fernerer Kreis mit einem diphtheroiden Belag und endlich ein roter, etwas erhabener Entzündungshof. *Türkheim-Hamburg.*

Über Sycosis, von S. Ehrmann. (Wiener med. Doktorkolleg. 5. Dezember 1892. *Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Die Sycosis ist, wie schon Hebra gezeigt, nichts weiter als eine Folliculitis; der bakteriologische und der anatomische Befund beweisen es. Die Sycosis kann an allen Körperstellen auftreten, nur ist ihr Charakter ein anderer, je nachdem sie mit tief wurzelnden, markhaltigen Haaren oder mit Lanugohärchen besetzte Stellen ergreift. — Die Urheber der Sycosis sind Staphylokokken. — Die Behandlung besteht bei Sycosis mit einfachen Folliculitiden in Anwendung der elektrischen Kataphorese: In einer Glasröhre, die sich an einem Ende gefäfsartig erweitert, verläuft ein an der erweiterten Stelle mit einer Platte endender Kern. In das Glasgefäfs kommt mit 30%iger Ichthyollösung durchtränkte Watte, worauf ein Strom

von 20 M. A. 10 Minuten durchgeleitet wird. Eventuell noch Skarifikationen und Incisionen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Lichen planus mittelst Hydrotherapie, von P. Materne. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 693.) M. ist mit den Erfolgen dieser von Jacquet eingeführten Behandlungsweise des Lichen planus sehr zufrieden und teilt dessen Auffassung über die nervöse Natur des Lichen. Im übrigen enthält der kleine Aufsatz neben einigen theoretischen Erörterungen auch einige praktische Winke über die Handhabung der angewandten Duschen. *Türkheim-Hamburg.*

Bei Furunkulose wird das Auflegen von Tampons empfohlen, die mit folgender Lösung getränkt sind:

Chloral. hydrat.		10,0
Aq. dest.		
Glycerin	aa	20,0.

(*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 1.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über Plaquesnarben (Leukoplakie) der Mundhöhle und ihre Ursachen, von Erb. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 42.) Verfasser kommt auf Grund der Notizen, die er sich über 240 Patienten gemacht hat, zu dem Schlufs, dafs sowohl Syphilis allein, als Rauchen allein Leukoplakie hervorrufen kann, in der gröfseren Zahl der Fälle haben beide Schädlichkeiten eingewirkt; ohne beide Ursachen sind Plaquesnarben selten. Rauchen allein erzeugt sie nur, wenn es im Übermafs betrieben wurde. Findet man also bei einem Individuum, das wenig oder gar nicht geraucht hat, starke Leukoplakie, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf vorausgegangene Syphilis schliefsen. *F. Hahn-Bremen.*

Europhen gegen Rosacea, von J. V. Shoemaker. (*The St. Louis Clinique.* Vol. V, No. 10.) Es wird folgende Formel empfohlen:

℞ *Europhen.*		7,5
Glycerin. pur.		60,0
Spirit. odorat.	q. s.	ad 120,0

S. Äufserlich.

Bei Sorge für passende Diät und leichten Stuhlgang ergiebt diese Mischung prompte Resultate. *Philippi-Nicheim.*

Thrombose der Augenvenen und des Sinus cavernosus infolge von Akne, von Destot. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 737.) Ein Alkoholiker hatte an der linken Nasenhälfte einen Akneknoten, den er beständig aufrifs. Nach einer starken Erkältung Schüttelfrost, Röte und Schmerz im Gesicht, Thrombose der Augenvenen. Tod nach vier Tagen. Bei der Sektion fand man zum Teil vereiterte, Blutgerinnsel vom Akneknoten bis zum rechten Sinus cavernosus.

Türkheim-Hamburg.

Weiche Schanker an den Fingern, von G. Nové-Josserand. (*Ann. de Derm et de Syph.* 1892. S. 880.) Es werden vier derartige Fälle mitgeteilt, zwei bei Männern, zwei bei Frauen. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von zahlreichen kleinen Schankern mit Fieber, von Legrain. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 931.) Ein junger Mensch mit weichem Schanker des Skrotum und vereitertem Bubo verspürte in seinen Beinen lebhaftes Jucken. Er kratzte sich infolgedessen stark, und nun bildeten sich auf beiden Unterextremitäten unter Fieber an 30 kleine Schanker. Diese waren in der Heilung begriffen, als unter neuerlichem Fieber — über 39° — der ganze Körper, mit Ausnahme des Gesichts, sich mit unzähligen kleinen Schankern bedeckte. Schweres

Darniederliegen des Patienten. Erfolgreiche Behandlung mit sehr heifsen Bädern. — Verfasser hält das Fieber in diesem Fall für ein einfaches Resorptionsfieber.

Türkheim-Hamburg.

Schankröser Bubo der Achselhöhle, von MAURIAC. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 880.) Ein Mann mit weichem Schanker des Glieds und einer geschwürigen Frostbeule des kleinen Fingers übertrug durch Unvorsichtigkeit den Schanker auch auf letztere. Es entwickelte sich ein Bubo der Achselhöhle, der vereiterte und schankröse wurde. Von dem Eiter dieses Geschwürs wurde der Patient geimpft und es entstand nach sechs Tagen — also später als gewöhnlich — ein neuer Schanker.

Türkheim-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen.

Weitere Untersuchungen über sporidienähnliche Parasiten in Krebsgeschwülsten, von J. G. SAWTSCHENKO. (*Wratsch*, No. 17 u. 18. 1892.) Verfasser hat früher bereits mit PODWYSSOZKI zusammen auf den grofsen Finnenreichtum der in Krebszellen vorkommenden Parasiten hingewiesen und bringt nun wieder eine Serie neuer, höchst detaillierter Beobachtungen. Ihm ist es gelungen ihre Erhaltung und Entwickelung in der Zelle zu sehen und zu verfolgen; einmal hat er einen Parasiten sogar dabei abgefafst, wie er im Begriff stand, aus einer Zellvakuole in die andere überzuwandern. Die ausführliche Wiedergabe des Gesehenen würde weniger Zweifel bei der Deutung begegnen, wenn Verfasser nicht alles so verflucht deutlich gesehen hätte. Ich kann mir nicht helfen, aber, wenn man die zahlreichen Arbeiten über die Krebsparasiten liest, dann hommt man unwillkürlich zu dem Gedanken, dafs oft die durch die Begeisterung der Autoren für die Sache angeregte Phantasie mitgewirkt hat. Eine ordentliche Dosis Skepsis ist bei der Beurteilung der Frage betreffs des Vorkommens und der Bedeutung der Krebsparasiten sicher am Orte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Beziehungen der Psorospermosen zur Carcinombildung, von SHERIDAN DELÉPINE. (40. Jahresversammlung der British medical Association [26. bis 29. Juli 1892]. *Wien. med. Woch.* 1892 No. 45.) Die Psorospermien der Kaninchenleber sind Typen von Protozoen, die parasitär in epithelialen Zellen leben und zur Entstehung von Tumoren Veranlassung geben, die alle Charaktere der Adenome oder cystischen Papillome aufweisen. Verfasser hat dieselben eingehend studiert und dann eine grofse Anzahl epithelialer Geschwülste auf Psorospermien untersucht, ist dabei aber stets im Zweifel geblieben, da die in Carcinom stattfindende endogene Zellbildung Bilder giebt, die leicht täuschen können. Verfasser unternahm es nun, die Coccidien der Kaninchenleber zu züchten; es gelang ihm auch, nach Aufbewahrung in der feuchten Kammer eine Teilung des Inhalts der Zellen und eine typische Anordnung der so entstandenen Elemente zu konstatieren. Dasselbe gelang aber nicht bei den Corpusc. psorospermoid. des Carcinoms, weshalb Verfasser ihre Bedeutung für Carcinome bezweifelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über lokale Behandlung von Vaginalgeschwüren mit Alkohol, von BARSONY. (*Wien. med. Bl.* 1892. No. 15.) Zwei Frauen, bei denen Carcinoma vaginae resp. portionis vaginalis diagnosticiert war, wurden, als aus äufseren Gründen die Operation aufgegeben werden mufste, durch tägliche Waschungen der carcinomatösen Geschwüre mit Alkohol geheilt. (Ob die durch mikroskopische Untersuchung nicht sichergestellte Diagnose „Carcinom" richtig war? Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Umwandlung von Muttermälern in Krebse, von J. Reboul. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1041.) Wenn Naevi sich häufiger in Sarkome als Epitheliome umzuwandeln scheinen, so rührt das nach Ansicht des Verfassers daher, daſs in den meisten der veröffentlichten Fälle die Diagnose nur nach dem Aussehen der Neubildung gestellt wurde. In 15 aus der Sammlung von Malherbe-Nantes stammenden Fällen, wo die Natur des Tumors immer mikroskopisch festgestellt wurde, fand sich dagegen nur dreimal Sarkom.

R. verfügt über 34 Beobachtungen, in denen sich ein Naevus in ein Epitheliom umwandelte, und zwar handelte es sich um Epithelioma lobulatum und tubulosum, Carcinoma reticulatum und melanosum; die letzteren drei Formen sind die häufigsten. — Die Umwandlung erfolgt am häufigsten im Alter von 30 bis 40 Jahren und ist beim männlichen Geschlecht seltener als beim weiblichen (10 : 19). Befördert wird die Umwandlung durch Verletzungen, Reiben, Kratzen und nicht zum wenigsten durch ungeschicktes Operieren. Das degenerierende Mal sitzt meistens am Kopf oder Rumpf, seltener am Hals oder den Gliedmaſsen. — Die Umwandlung vollzieht sich in fünf zeitlichen Abschnitten. Der erste beginnt mit dem Erscheinen des Naevus, der alsdann zu jucken und zu brennen anfängt und sich allmählich in eine bösartige Neubildung umwandelt. Es folgt das periphere Wachstum der letzteren, Drüsenanschwellung, und den Schluſsakt bildet die Allgemeinerkrankung. Eine gründliche Heilung kann nur durch ausgiebiges Operieren erreicht werden.

Türkheim-Hamburg.

Gegen die **Angiome** empfiehlt Deubel (de Lure) von neuem die Einspritzung von Chlorzink-Lösungen nach Lannelongue. Dieselben werden dicht am Rande des Naevus vasculosus ausgeführt.

Über einen Fall von Angiokeratom von Ch. Andry und H. Deydier. (*Lyon médical.* 3. Juli 1892.) Bei einem 23jährigen Manne, der seit vier Jahren Frostbeulen an den Händen hatte, bildeten sich auf den Streckseiten der Hände, besonders der dritten Phalangen, kleine, stecknadelkopf- bis linsengroſse Teleangiektasien, zum gröſsten Teil bedeckt von einer warzenähnlichen, hornartigen Masse, im Sommer hellrot, im Winter blaurot, fast schwarz, auf Druck erblassend. Die Haut der Hände bläulich. Die Empfindung für Schmerz und Wärme im Bereich der Neubildungen herabgesetzt. — Therapeutisch gute Erfolge von der Elektrolyse: Platinnadel als negative Elektrode 2—5 Sekunden eingestochen, positive Elektrode in der Nähe aufgesetzt. — Mikroskopisch ist das Angiokeratom durch eine Umwandlung der Papillen in bluterfülltes kavernöses Gewebe charakterisiert (Mibelli); auch in der Epidermis mit Endothel versehene Hohlräume (Pringle); das Stratum corneum erheblich verdickt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über schmerzhafte Lipome, von Boiffin. (*Progrès médical.* 1893. No. 4.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von kleinen Lipomen in der Gegend des Epigastrium über der Linea alba. Dieselben waren auſserordentlich schmerzhaft auf Druck und bei Anwendung der Bauchpresse, verursachten überdies reflektorisch Magenstörungen (Übelkeit, Gastralgie, Erbrechen). Diese Symptome hatten deshalb auch zuerst den Verdacht auf Hernien der Linea alba aufkommen lassen. Mit der operativen Entfernung der Tumoren, von denen der eine von einer festen, bindegewebigen Kapsel umgeben war, verschwanden alle Beschwerden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Multiple Hauttumoren. Epitheliome und Hydradenome, von Andry und Nové-Josserand. (*Lyon médical.* 6. März 1892.) Ein 59jähriger Mann hatte auſser Seborrhoe, Komedonen, Milien, Aknepusteln, kleinen Fibromen kleinerbsengroſse, runde, erhabene,

harte Knötchen auf der Stirn, welche leicht zu enukleieren sind und zweitens in der Kreuzbeingegend einen rundlichen, blauroten, tief ulzerierten, fast indolenten Knoten, neben welchem noch ein subkutaner Knoten zu fühlen ist. Die Ulzeration soll seit drei Monaten bestehen. Der ulzerierte Knoten besteht histologisch aus Epithelien in einem bindegewebigen Stroma, welche regelmäfsig placiert und gegen die Umgebung scharf abgegrenzt sind. In den Fibromen finden sich auch in Zügen angeordnete Epithelien, welche zum Teil hyalin degeneriert sind. Die Knötchen auf der Stirn haben eine gleiche Struktur. Verfasser stellt die Diagnose Hydradenom für letztere Tumoren, da sie mit den zuerst von DARIER-JAQUET beschriebenen übereinstimmen.

L. Philippson-Hamburg.

Molluscum pendulum der Vulva, von H. CHÉROT. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1045.) Es befanden sich in dem mitgeteilten Falle an dem Labium majus mehrere Tumoren, von denen einer eine Länge von 10 cm und einen Umfang von 3 cm hatte und dem CH. eine Ähnlichkeit mit dem Penis zuschreibt.

Türkheim-Hamburg.

Zur Behandlung der erektilen Tumoren mittelst Elektrolyse, von F. HEINS. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1045). Es wird das Verfahren von REDARD empfohlen. Dieser wendet Platin-Nadeln an, die am positiven Pol befestigt sind und die in Entfernung von je 3 mm schräg in den Tumor eingestofsen werden. Der negative Pol besteht aus einer biegsamen Zinkplatte mit einem grofsen Ausschnitt in der Mitte zur Aufnahme der Geschwulst. Der Strom soll nicht stärker als 30 Milliampères sein und nicht länger als 2 Minuten in einer Sitzung angewandt werden. Beim Zurückziehen der Nadel thut man gut, den Strom zu wechseln. — Verfasser hatte bei 41 Fällen, von denen erst wenige veröffentlicht sind, mit diesem Verfahren gute Erfolge.

Türkheim-Hamburg.

Über Ulcus rodens, von H. DANGERFIELD. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 1044.) D. verteidigt den Standpunkt DUBREUILHS, wonach das Ulcus rodens sich klinisch und histologisch von den übrigen Epetheliomaformen unterscheiden soll.

Türkheim-Hamburg.

Fall von verallgemeinertem Molluscum fibrosum, von Prof. PLUCKER. (*Ann. de la Soc. médico-chirurg. du Liège,* 4. April 1891.) Bei einem 54jährigen Junggesellen zeigten sich aufser Lungenemphysem und doppelter Leistenhernie zahlreiche Naevi pigmentosi und besonders am Rumpf, Hals und der behaarten Haut unzählige Tumoren; an der Schleimhaut der Zunge ein platter Tumor. Die Tumoren, weich wenig gestielt, weifs oder rosa aussehend, folgen nicht den Hautnerven. Mikroskopischer Befund: Fibrom.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Melanosarkom der Haut, der Muskulatur, des Peritoneums und der Pleura, des Herzens und der gesamten Lymphdrüsen. Diffuse Dunkelfärbung der Haut von E. BAMBERGER. (*Bericht der Krankenanstalt „Rudolfstiftung“.* Wien. 1891. Auf der Haut neben flachen blauschwarzen Tumoren eine diffuse Bronzefärbung; die mikroskopische Untersuchung ergab in der Cutis und Subcutis neben mikroskopisch sichtbaren Sarkomknötchen auch zahlreiche, mikroskopisch kleine, in deren Umgebung in der Cutis bis zur Epidermis zahlreiche pigmentführende Zellen, Wanderzellen, welche das aus den Tumoren aufgenommene Pigment weiterführten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein „melanotisches Sarkom“, vorgetäuscht durch eine Ruptur der Vena spermatica, demonstriert von W. G. SPENCER in der Pathological Society in London (den 6. Februar 1892). Elf Tage nach der Geburt wurde bei einem Kinde ein Tumor der rechten Skrotalhälfte bemerkt, über dem die Haut bläulich schwarz war ohne

Zeichen von Entzündung oder Quetschung. Die Schnittfläche bei der Incision war schwarz, Hoden und die Tunica vaginalis propria waren normal. Kastration; Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine Infiltration des Nebenhodens und des Samenstranges mit extravasiertem Blute handelte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Morbus Addisonii, von LEICHTENSTERN. (Vortrag im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln, den 25. Mai 1890. *Deutsche Med. Wochenschr.* 1891. No. 52.) L. acceptiert nie nervöse Theorie für den Morbus Addisonii; entzündliche und degenerative Veränderungen im Bauchsympathicus, im Brust- und Halsmark (TIZZONI) sind die Ursache des ganzen Krankheitsbildes und vor allem der Pigmentierungen, die vaskulär-trophische Störungen darstellen. Die Nebenniere steht nur kraft ihres innigen Zusammenhanges mit dem Sympathicus („Gehirn des Sympathicus" in Beziehung zu dem Leiden. Die typische Pigmentierung an Haut und Schleimhaut sind nicht so charakteristisch, wie die Anorexie, die Adynamie, Entkräftung, Neigung zu Ohnmachten, die zuweilen kolorimetrisch nachweisbare progressive Anämie und Hypothermie. Diese Symptome gestatteten L. in einem Falle Morbus Addisonii zu diagnosticieren, ohne dafs Hautverfärbung bestand; die Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt. — Redner hat drei Fälle von metastatischem Karzinom der Nebennieren beobachtet, ohne dafs Zeichen eines Morbus Addisonii bestanden hätten, was ja leicht erklärlich ist. Umgekehrt hat L. bei drei Fällen manifester Lungen- und Darmtuberkulose das vollständige, typische Bild des Morbus Addisonii gefunden, ohne dafs die Nebennieren krank waren; vielmehr war eine totale tuberkulöse Verkäsung der Glandul. coeliacae die Ursache.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Morbus Addisonii, von E. PAGENSTECHER. (Greifswalder med. Verein den 2. Juli 1892 nach *Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Der 41 Jahre alte Patient hat vor 20 Jahren eine antiluetische Kur durchgemacht; er führt eine kümmerliche, unstäte Existenz als reisender, von Ort zu Ort vagabondierender Handwerksbursche. Seit 6—7 Wochen Asthenie, Verdauungsstörungen, Hautverfärbung, unverkennbare Anämie. — Aufser der diffusen Verfärbung sind kleine dunkelbraune Flecke, angehäuft an den von Kleidungsstücken gedrückten Stellen, am Skrotum, Penis, Damm auffallend. Hand- und Fufsteller, die Haut unter den Nägeln sind frei von jeder abnormen Pigmentierung; die Glans penis ist auch betroffen, ebenso Lippen, Wangen, Zungengrund in Form runder oder zackiger Flecke. Die Schleimhäute mit Cylinderepithel sind frei. An der rechten Hals- und Nackengegend finden sich mehrere stecknadelkopfgrofse und ein handtellergrofser rein weifser Fleck, nur gesprenkelt durch spärliche braune Flecke, also eine Vitiligo, die auch während der Krankheit entstanden ist; ein sehr seltenes Ereignis, das unter 281 von LEWIN zusammengestellten Fällen nur zweimal erwähnt ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Addisonsche Krankheit ohne sichtbare Veränderungen der Nebennierenkapsel. Verwachsung einer tuberkulösen Drüse mit dem rechten Semilunarganglion, von A. BRAULT und E. PERRUCHET. (*Sem. méd.* den 8. Juni 1892.) 27jähriger Patient mit Lungen- und Darmtuberkulose und intensiver Pigmentierung der Haut. Nebennieren normal; das rechte Semilunarganglion anormal und mit einer tuberkulösen Drüse verwachsen. — Eine Veränderung der fibrösen Kapsel der Nebennieren und der in letzterer befindlichen sympathischen Nervenfasern, wie sie ALEZAIS und ARNAUD als Ursache des Morb. Addison. angenommen, war also nicht vorhanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Plexiforme Neurome, von ANDRY und LACROIX. (*Lyon médical.* 1891.) I. Fall: Ein 8jähriges Kind mit starker Hyperostose des Os temporale sin. und eines Teiles des

Os frontale sin. und mit einem dieser ganzen Partie entsprechenden harten, gelappten, beweglichen, indolenten Tumor, der sich auf das linke Augenlid fortsetzt. Letzterer Teil wurde exstirpiert und nach einem Recidiv zum zweiten Male; histologisch bestand der Tumor aus Bindegewebe und hauptsächlich aus Nervenstämmen, entsprechend dem Bilde des Rankenneuroms. Aufserdem fand sich bei dem Kinde ein länglicher Tumor, entsprechend dem dritten linken Interkostalnerven, über welchem die Haut tiefbraun gefärbt war; die ganze linke Thoraxhälfte ist diffus hellbraun. II. Fall: Der 12jährige Patient hatte zwei angeborene, sich langsam vergröfsernde Tumoren, von denen der eine auf der rechten Rückenhälfte, der andere auf der äufseren rechten Thoraxhälfte safs. Die Haut über den Tumoren war dunkel pigmentiert und bedeckte eine aus festen Strängen, welche zum Teil bis in die Subcutis sich verfolgen liefsen, bestehende, indolente Masse. Die Tumoren wurden exstirpiert. Da bei der ungenauen histologischen Untersuchung kein nervenfärbendes Mittel angewendet wurde, so konnte nur das Vorhandensein eines dicken Nervenstammes konstatiert werden. III. Fall: Der ganze rechte Oberschenkel war beträchtlich vergröfsert durch eine aus vielen kleineren, subkutanen, derben Massen bestehehende Geschwulst, über welcher die Haut beweglich war. Letztere war dunkelbraun, glänzend, weich, mit Fibromata pendula besetzt. Der Tumor wurde stückweise exstirpiert, aber keine histologische Untersuchung gemacht; trotzdem fafst Verfasser ihn als Neurom auf.

L. Philippson-Hamburg.

Über einen Fall von allgemeinen Hautfibromen nervösen Ursprungs, von Andry und Fabre. (*Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie.* Sept. 1892.) Eine 36jährige Frau, universelle starke Pigmentation, bereits seit 14 Jahren bestehender, hühnereigrofser, subkutaner, beweglicher, indolenter Tumor, Mitte des rechten Vorderarmes; später traten auf: zwei kleine derbe, gleich gebaute Knötchen am Halse, auf der Vorderfläche des Rumpfes kleine Pigmentflecke, leicht erhabene Warzen, grofse, tief pigmentierte Plaques, in den tieferen Schichten der Cutis kaum erhabene Knötchen, zwei derselben wurden exstirpiert und erwiesen sich als eingekapselt und in zwei dünne Stränge auslaufend. Am Rücken Haut stark pigmentiert, zahlreiche, zum Teil gestielte Fibrome, zum Teil subkutane Knötchen. Am Oberschenkel drei oder vier ähnliche Tumoren. Am linken Arm im Verlaufe des Radialis ein oberflächlicher, haselnufsgrofser, mit der Haut verwachsener Tumor. Bei der Exstirpation des Tumors am rechten Arm findet sich ein Zusammenhang mit dem Cubitalis in Form von dünnen Fäden. Die in Alkohol und in Osmiumsäure fixierten Tumoren zeigen das Bild von Nervenfibromen, welche aus welligem, ödematösem Bindegewebe bestehen, innerhalb welchem die Nervenbündel mit markhaltigen und marklosen Fasern verlaufen.

L. Philippson-Hamburg.

Regressive Ernährungsstörungen.

Progressive Gesichtsatrophie, von N. Popoff. (*Arch. de neurol.* Bd. XXII. No. 66) Bei einer 17jährigen Patientin trat Blässe und zunehmende Atrophie der ganzen rechten Gesichtshälfte auf mit späterer Beteiligung des Cucullaris und Supraspinatus. Die Sensibilität war normal, die elektrische Erregbarkeit erhöht. Als Basis des Processes supponiert Verfasser Veränderungen des Sympathicus in diesem Falle. Die progressive Gesichtsatrophie kann nach Verfasser als eine Folge vieler Processe auftreten und ist keine Krankheit sui generis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Greisenhaut-Geromorphismus, von A. Souques und J. B. Charcot. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 870.) Unter dieser Bezeichnung veröffentlichen die Verfasser folgende Beobachtung: Ein jetzt 21jähriges Mädchen bekam mit 11 Jahren

einen Beulenausschlag unbekannter Natur. Seitdem nahm ihre Haut ein greisenhaftes Aussehen an, indem sie sich stark fältelte und ihre Elasticität einbüfste, genau wie bei alten Leuten. Auch der Schweifs ist etwas vermindert. Sonst besteht an keinem Organ eine Abnormität, alle sind dem Alter entsprechend gestaltet; auch über Jucken und Schmerzen wird nicht geklagt. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Fufsgeschwüre. Osierki will die besten Resultate bei folgender Behandlung erzielt haben: 1. laues Bad mit Zusatz von 60—100 g Natr. carbon. und am Abend desselben Tages Einstreuen mit einer Mischung gleicher Theile Jodoform und Magnesia; 2. den folgenden Tag und während weiterer 10 Tage dreimal täglich Verband mit Charpie und Gaze, welche in:

Vin. aromat.	200,0
Tannin.	5,0
Creosot. gtt.	I

getaucht ist; Fette und Salben sind zu vermeiden.

Einige praktische Beobachtungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von J. M. Vinzi. (*The Lancet.* 11. Juni 1892.) Ausgehend von der Beobachtung, dafs nach Erysipel Unterschenkelgeschwüre auffallend schnell heilten, wandte Verfasser Methoden an, die künstlich einen entzündlichen Zustand in der Haut hervorriefen, und erzielte dadurch vorzügliche Erfolge. Er erklärt dieselben durch die infolge der entstehenden akuten Hyperämie angebahnte Resorption. Er verwandte flüssige, trockene und ölige Mittel. Bei flüssigen Mitteln ist Ruhelage und häufiger Wechsel durchaus nötig; die Bedeckung mit impermeabeln Stoffen verwirft der Verfasser. Von den pulverartigen Mitteln ist Jodoform am besten, in nicht zu grofser Menge aufgebracht und mit mehreren Schichten Lint gedeckt. — Von den öligen Mitteln ist ein Teil stimulierend (Blasenpflaster, Jodoformsalbe, Karbolöl, Eucalyptusöl, Präcipitätsalben), ein Teil sedativ (Kalkwasseremulsionen, konzentrierte Boraxlösungen mit Oleum lin. oder Oleum olivar., Salben mit Zink, Borsäure, Wismut).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hautgangrän bei einem Kinde, von Walter F. Roberts. (*Med. Record.* 1891. Bd. 39. No. 15.) Bei einem gesunden Kinde von neun Monaten entstanden nach Varicellen am Kopf, später an der Brust, den Nates erythematöse Flecke, die zum Teil unter Abschuppung heilten, zum Teil einen Hautdefekt hinterliefsen. Über dem Pectoralis entstanden unregelmäfsige Erythemflecke, denen eine Gangrän in der Ausdehnung von 4:2 Zoll folgte. Tod am sechsten Tage.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremität, insbesondere bei Diabetikern, von L. Heidenhain. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1891. No. 38 u. 39.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die diabetischen Ernährungsstörungen der Gewebe und vielleicht auch der vermehrte Zuckergehalt der Gewebssäfte bedingen, dafs selbst relativ geringfügige Wundinfektionen beim Diabetiker sehr schwer und überaus häufig mit absterbendem Gewebe verlaufen.

2. Der Diabetes scheint sehr häufig und oft selbst in jüngerem Lebensalter mit schwerer Arteriosklerose der Gefäfse kombiniert zu sein.

3. Die sogenannte diabetische Gangrän der unteren Extremität verdankt in einer grofsen, vielleicht der überwiegenden Zahl der Fälle ihre Entstehung der Arteriosklerose der Gefäfse. Die senile Gangrän beim Diabetiker ist darum so bedenklich, weil die entzündlichen Prozesse, welche sich über kurz oder lang fast stets zur Gangrän hinzugesellen, beim Zuckerkranken besonders schwer verlaufen.

4. Die senile Gangrän verdankt entweder primär entzündlichen Blutlaufstörungen oder einem thrombotischen Verschlusse der Hauptarterien der Extremität ihre Entstehung.

5. Solange sich die Gangrän auf eine oder zwei Zehen beschränkt, soll man die Demarkation abwarten, abgesehen von lokaler antiseptischer Behandlung und Hochlagerung des Beines. Die gangränösen Teile soll man sich spontan abstofsen lassen. Beim Übergreifen der Gangrän auf Fufsrücken oder Sohle soll man am Oberschenkel und zwar mit Bildung möglichst kleiner Hautlappen, also über dem Knie amputieren. Die Indikation zur hohen Amputation ist auch dann gegeben, wenn der Kranke noch nicht fiebert, allein durch das Fortschreiten der Gangrän.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Karbolgangrän, von Rode. (*Hospitals-Tidende.* Bd. 10. No. 19.) Eine 24jährige Dame hat drei Wochen lang wegen einer Quetschwunde an der Hand 2% Karbolsäureumschläge angewandt. Es traten Gangränflecke am Daumen auf; die Gangrän verbreitete sich über den Handrücken bis zum Processus styloideus ulnae; Karbolurin war nicht vorhanden. Nach Abstofsung der gangränösen Stellen trat Heilung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von spontaner, trockener Gangrän bei einem 33jährigen Manne, von V. Prauxois. (*Revue médicale de l'Est.* 1. August 1892.) 33jähriger, hereditär nicht belasteter Landmann, frei von Syphilis, erkrankte vor 18 Monaten nach einem anstrengenden Marsch mit einem heftigen, nach ½ Stunde schwindenden Schmerz in der linken Wade. In den folgenden Monaten Ermüdungsgefühl und Schmerzen in beiden Beinen; letztere konnten weder durch Morphium noch durch Moxen etc. beseitigt werden. Plötzlich traten dann an dem vierten linken Metatarsus, später an der Fufssohle etc. umschriebene Gangrän und Geschwürsbildung ein. Ameisenkriechen in den Händen, die weifs, blutleer, gefühllos, später kongestioniert waren, gesellten sich hinzu. Weiterer Verlauf nicht beobachtet, da der Kranke das Hospital verliefs. Verfasser glaubt den Fall von der Morvanschen Krankheit, der Erythromelalgie und auch von der lokalen symmetrischen Asphyxie abgrenzen zu können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur pathologischen Anatomie des Sklerodermа, von Hoffa. Physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 2. Juli 1892. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 51.) H. hat in einem Falle beginnender Sklerodermie am Oberschenkel die betroffene Partie excidiert und den Patienten dadurch geheilt. Die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung stimmten mit den Befunden Dinklers. Es handelt sich um eine Peri-Meso-Endoarteritis fibrosa der Hautarterien, eine kleinzellige Infiltration des subkutanen Fettgewebes und eine Infiltration längs der Haut und Schweifsdrüsen. Keine Vermehrung der elastischen Fasern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Sklerodermie en Plaques, von Ch. Aubry und E. Destot. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 558.) Die Verfasser führen diesen Fall, der ein 6jähriges Mädchen betraf, als Beleg für die Besnierschе Lehre an, derzufolge die Morphoea Wilsons nur eine Varietät der herdweisen Dermato-Sklerosen bildet. Verfasser wagen nicht, diesen Fall direkt für Morphoea zu erklären, denn der lilafarbene Ring fand sich nur um die ältesten Herde, die vielen kleinen Plaques an den Oberschenkeln, dem Leib und dem Rücken waren keineswegs sehr gefäfsreich, und an den älteren Plaques fand sich weder der Pigmentring noch die Elfenbeinfarbe des Centrums. Für Morphoea sprach jedoch wiederum, dafs der lilafarbene Ring doch an einzelnen Stellen vorhanden war und dafs sich die Haut an einzelnen Stellen wie Gallerte anfühlte. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von herdweiser Atrophie des subkutanen Fettgewebes von PFEIFER. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 50.) Verfasser beobachtete an KAHLERS Klinik einen eigentümlichen Fall. Die 23jährige, sonst gesunde, nicht belastete oder inficierte Patientin erkrankte vor zwei Jahren an der linken Wange; dort bildete sich ein Infiltrat ohne Beteiligung der Haut im subkutanen Fettgewebe, dasselbe war verschieblich, wenig druckempfindlich; später traten symmetrisch an der rechten Wange und an Armen und beiden Mammae symmetrisch ähnliche Infiltrate auf; die selben verkleinerten sich und hinterliefsen durch Schwund des Fettgewebes grubige Vertiefungen, über denen die Haut ohne Veränderung war. Hg und Arsen brachten keine Heilung. Einige nervöse Symptome, auch ein Herpes Zoster begleiteten die Erkrankung. Die mikroskopische Untersuchung ergab entzündliche Herde, meist in der Nähe der kleinen Arterien mit geringer Bindegewebsneubildung und Atrophie der Fettläppchen; die Fettzellen waren entweder einfach atrophisch oder serös geschwollen, und bei solchen Zellen fand sich Bildung von Riesenzellen.

Verfasser möchte die Erkrankung zur Sklerodermie in Beziehung bringen; doch fanden sich, wie bemerkt, gar keine Veränderungen in der Haut, vielleicht setzte ja aber in manchen Fällen von Sklerodermie die Erkrankung im Unterhautfettgewebe ein.

F. Hahn-Bremen.

Behandlung eines Myxödems mit Injektionen des Schilddrüsenextraktes, von DAVIES. (*The Lancet.* 30. April 1892, ref. *Deutsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 50.) Verfasser injicierte dem Kranken dreimal wöchentlich 4,0 des Extrakts einer Schilddrüse vom Schaf in den Rücken, 15 Wochen lang. Es trat sehr merkliche Besserung, Steigerung der Diurese, Erniedrigung der Temperatur ein. *F. Hahn-Bremen.*

Die Kachexia strumipriva, das Myxœdème opératoire und die operative Tetanie, von NEUDÖRFER. (*Wien. med. Presse.* 1892. No. 8 u. 9.) Verfasser operierte einen Kretin, bei dem nach Entfernung des Kropfes die Symptome des Myxödems schwanden.

Er nimmt an, dafs die Schilddrüse im innigen Zusammenhang zum Geschlechtsleben steht und nach vollendeter Pubertät ihre Rolle ausgespielt hat; ferner nimmt er an, dafs sie mit den trophischen Nerven in Beziehung steht, ebenso, dafs die Fasern des Sympathicus, die in ihrer Umgebung verlaufen, als trophische anzusehen sind. Operative Tetanie tritt nun ein, wenn während der Kropfexstirpation diese Fasern oder der Grenzstrang des Sympathicus durch die haltenden Haken gezerrt oder verletzt werden. Traumatisches Myxödem giebt es nach Ausrottung der Schilddrüse, wobei die Regulierung des trophischen Centrums geschädigt werden kann.

F. Hahn-Bremen.

Über den Ursprung des Favus, von BUSQUET. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 916.) BUSQUET tritt lebhaft dafür ein, dafs es nur eine Art des Favus-Pilzes giebt, der aber je nach dem Boden, auf dem er wächst, seine Form etwas ändert. Die ursprünglichen Träger des Favus sind nach ihm die Ratten und Mäuse. Von diesen wird die Krankheit entweder vermittelst der Katze oder unmittelbar auf den Menschen übertragen, für letzteres Vorkommen teilt er eine neue Beobachtung mit. Ein junges Mädchen hatte aus einer Mausefalle mehrere anscheinend kranke Mäuse entfernt und sich dadurch einen Favus epidermicus der Hand erworben. Eine frisch eingefangene Maus, die sie zur Untersuchung einlieferte, war thatsächlich mit Favus behaftet.

Türkheim-Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 9. 1. Mai 1893.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Eine neue, einzeitige Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen.

Von

P. G. Unna.

Ich habe im letzten Hefte dieser Zeitschrift eine neue Methode angegeben, das Fibrin in den Geweben elektiv zu färben.[1] Dieselbe beruht auf der partiellen Entfärbung von methylenblau gefärbten Schnitten mittelst koncentrierter, wässeriger Tanninlösung. Ich habe bereits bei dieser Gelegenheit bemerkt, dafs die Tanninfärbung auch gewisse Bacillen darstellt; es sind dieses die Lepra- und Tuberkelbacillen. Wir sind ja bereits im Besitze einer Anzahl sehr guter, zuverlässiger und leicht auszuführender Tinktionsmethoden gerade für diese Bacillen. Diese neue Methode stellt sich dadurch in einen Gegensatz zu den meisten früheren Methoden, dafs sie mittelst einer einfachen Färbung eine Doppeltinktion, eine Kontrastfärbung zwischen Bacillen und Gewebe erreicht.

Eine solche ist natürlich nur möglich dadurch, dafs der Farbstoff selbst ein zusammengesetzter, ein polychromer ist, nämlich die von mir angegebene polychrome Methylenblaulösung.[2] Wir hatten bisher nur eine einzige „einzeitige Doppelfärbung" der Tuberkelbacillen, diejenige von Gibbes;[3] bei ihr geschieht die Tinktion mittelst einer Fuchsin und Methylenblau gleichzeitig enthaltenden Lösung. Wenn diese Methode auch in den Händen geschickter Arbeiter in einzelnen Fällen exakte Resultate liefern mag, so kann man sie doch nicht im allgemeinen als zuverlässig erklären. Man erhält bei ihr häufig blaue Bacillen neben roten; ganz natürlich, denn die Farbstoffe sind sich in ihren tinktoriellen Eigenschaften zu ähnlich. Dieses ist bei meiner polychromen Methylen-

[1] Unna, Zum Nachweise des Fibrins in den Geweben, speciell in der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. pag. 351. Bd. XVI. No. 8.

[2] Unna. Über die Reifung unserer Farbstoffe. *Zeitschr. f. wissensch. Mikroskopie.* 1892. Bd. VIII. pag. 475.

[3] Unna, *Die Entwickelung der Bakterienfärbung.* pag. 36. Gust. Fischer. Jena 1888.

blaulösung anders. Denn obgleich der rote, in ihr enthaltene Farbstoff mit dem Methylenblau verwandt ist und aus demselben entsteht, hat er doch ganz andere, zum Teil entgegengesetzte, tinktorielle Eigenschaften. Er färbt nur ganz bestimmte Bestandteile des Gewebes: Mastzellenkörner, Keratin, Mucin, rote Blutkörperchen und eben die genannten Bacillen, während alle anderen die blaue Farbe des Methylenblaus annehmen. Aufser diesem roten Farbstoff, dem Methylenrot, findet sich in derselben Farblösung noch ein violetter, das Methylenviolett, welcher uns hier nicht näher angeht, obwohl er auch seine specifische Auslese unter den Gewebsbestandteilen trifft. Aber ich mufs ihn erwähnen, um etwaige Verwechslungen beider Farbstoffe zu verhindern.

In meiner ersten Publikation über Methylenblaufärbung[4] wufste ich beide Farbstoffe selbst noch nicht zu unterscheiden und hielt den hier und da erzielten violetten Farbenton für eine Mischung des Methylenblaus mit einem roten Farbstoff. Inzwischen lehrten mich weitere Versuche, beide, den roten und violetten, kennen und trennen. Ich konnte zeigen,[5] dafs der letztere, das Methylenviolett ($C_{14}H_{12}N_2SO$) aus Methylenblau ($C_{16}H_{18}N_3SCl$) in alkalischer Lösung sich bildet,[6] und dafs man diese Umwandlung sofort durch Kochen mit Kalium carbonicum erreichen kann und dafs in solchen Lösungen trotz ihrer rein violetten Farbe kein Methylenrot enthalten ist. Man kann mit ihnen daher auch keine Mastzellen und auch nicht die oben genannten Bacillen färben. Dagegen giebt diese Lösung eine ausgezeichnet polychrome Färbung aller protoplasmatischen und intercellularen Substanzen, deren Nuancen von Violett, Blau, Grau bis Blaugrün abgestuft sind.

Auf der anderen Seite giebt (und gab es besonders früher bei Anwendung gröfserer Mengen von H_2S bei der Darstellung von Methylenblau) Sorten von Methylenblau, welche eine gröfsere oder geringere Menge von Methylenrot ($C_{16}H_{18}N_4S_4$) bereits fertig enthalten, die sog. „rotstichigen" Methylenblausorten des Handels. Ich konnte nachweisen, dafs man durch Zusatz kohlensaurer Alkalien zu den Lösungen solcher Farbstoffe die Ausfärbung des Methylenrots erheblich verbessern kann.[7] Das Methylenrot nähert sich den „sauren" Farbstoffen; es wird im allgemeinen durch Säuren auf den Geweben fixiert und gestärkt. Ich vermute, dafs es in der alkalischen Methylenblaulösung locker an den basischen blauen Farbstoff der Lösung selbst gebunden ist. Die Bestand-

[4] Unna, Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. pag. 296.

[5] Unna, *Über die Reifung unserer Farbstoffe.* l. c.

[6] Hierbei wird Wasser aufgenommen und salzsaures Dimethylamin abgespalten.

[7] Herr Dr. Grübler-Leipzig hält eine nach meinen Angaben hergestellte „polychrome Methylenblaulösung" vorrätig, welche neben Methylenblau reichlich Methylenrot und Methylenviolett enthält.

teile des Gewebes nehmen zunächst die neutrale Verbindung von Methylenblau und Methylenrot auf; eine zweckmäfsige Entfärbung vermag dann diesen Komplex (Gewebe + Methylenblau + Methylenrot) so zu trennen, dafs gewisse Teile des Gewebes den roten Farbstoff abgeben und blau bleiben, andere den blauen abgeben und rot erscheinen. Diese Differenzierung tritt schon ein durch Behandlung mit gewissen Säuren, besonders der Salpetersäure. Die Erreichung einer sicheren Methode beruht nur eben darauf, die Scheidung der Farben rasch und genau herzustellen, dem Gewebe die betreffende Auslese zu erleichtern.

Unter den von mir zu diesem Zwecke versuchten Entfärbungen hat sich vor allen die Entfärbung mit koncentrierter, wässeriger Tanninlösung bewährt. Sie entfärbt das Methylenblau langsam genug, um die Differenzierung der Gewebsbestandteile aufser den Bacillen zu gestatten und läfst die Kerne teils violett, teils rein blau, sodann das Fibrin und sogar — trotz seiner stark sauren Beschaffenheit — das Protoplasma der Plasmazellen hervortreten, letzteres allerdings nicht in der gewöhnlichen, körnigen Form, sondern als eine mehr homogene Masse. Dieser letztere Umstand ist bei dem Leprastudium schon deshalb von grofsem Werte, weil er gestattet, die Anlagerung von Bacillen an die Plasmazellen, die Verschleimung der ersteren, die Atrophie des Protoplasmas und die Einhüllung der atrophischen Zellen und nackten Kerne in den sich ausbreitenden Bacillenschleim zu beobachten, d. h. jenen Komplex von tierischer und pflanzlicher Substanz, den die meisten Untersucher in mifsbräuchlicher Erweiterung des Begriffes Zelle mit dem Namen: „Leprazelle" zu bezeichnen pflegen. Die Tanninentfärbung hat aber für die Untersuchung der leprösen Gewebe den weiteren Vorteil, dafs auf einer bestimmten, niederen Entfärbungsstufe auch der Bacillenschleim etwas Farbe, und zwar das Blau, zurückhält, während die Bacillen schon alles Blau abgegeben haben, so dafs man die roten Bacillen in schwach blauer Gloea erhält. Und auch eine Verwechslung dieser blau gefärbten Gloea mit Protoplasma ist in diesen Schnitten ausgeschlossen, da die erstere immer durchsichtig, glasig und schwach blau, das Protoplasma, soweit es bei dieser Methode überhaupt sichtbar ist, undurchsichtig und dunkelblau erscheint. Aber selbst auf einer höheren Entfärbungsstufe, wo die Gloea alle Farbe abgegeben hat und klar wie glasiger Schleim aussieht, ist sie noch besser konturiert als gewöhnlich, die Lepraklumpen erscheinen als das, was sie sind, als fischrogen- oder eiersteinartige Anhäufungen einer schleimigen Substanz. Man sieht auf den ersten Blick, dafs die einen gröfseren Klumpen (sog. „Zelle") zusammensetzenden kleinen, runden oder eiförmigen Klümpchen sich in Alter, Dichtigkeit und Bacillengehalt, d. h. darin unterscheiden, dafs sie verschieden stark verschleimt sind.

Aus diesen Gründen ist die Methylenblau-Tanninmethode für das Studium der Lepra ungemein wichtig. Bei der Schwierigkeit, welche für viele Forscher noch besteht, sich in diesen Bildern zurecht zu finden, die nun einmal von den stereotypen Granulombildern abweichen und doch so einfach sind, ist eine Methode willkommen, welche es selbst dem Anfänger ermöglicht, die Genese der Bacillenklumpen zu erkennen, ganz abgesehen von der einfachen Handhabung dieser einzeitigen Doppelfärbung. Ich gebe dieser Färbungsmethode hinsichtlich ihrer Vielseitigkeit und Einfachheit zur Zeit den Vorzug vor allen mir bekannten Methoden der Leprafärbung.

Bei der ungemeinen Ähnlichkeit der Lepra- und Tuberkelbacillen in allen ihren tinktoriellen Eigenschaften lag es nahe, die bei der Lepra gewonnenen Erfahrungen auch an tuberkulösem Gewebe zu verwerten. In der That zeigte es sich an Schnitten tuberkulöser Lunge, welche reich an Tuberkelbacillen war, dafs die letzteren bei der Färbung mit Methylenblau und Entfärbung mittelst Tannin ebenfalls das Methylenrot festhalten. Nur ist es hierbei nötig, die Entfärbung durch längeres Verweilen in spirituöser Orangelösung oder durch Eintauchen in (25%) Salpetersäure zu verstärken, da die käsige Umgebung der Tuberkelbacillen sonst die blaue Farbe zu fest hält. Übrigens ist auch an allen dickeren Schnitten von leprösem Gewebe eine solche nachträgliche Entfärbung von Vorteil. Auch als Tuberkelbacillenfärbung an Schnitten ist diese Methode einzeitiger Doppelfärbungen ungemein einfach; ob sie jedoch praktisch mit den umständlicheren, gewöhnlichen Doppelfärbungen zu konkurrieren und diese zu beseitigen vermag, mufs die Zukunft lehren. Derartige Vorteile für das Studium der Bacillen in histologischer Beziehung wie bei der Lepra scheint sie mir bei der Tuberkulose nicht zu besitzen.

Für Sputum — und überhaupt für alle angetrockneten Präparate — ist die Methode nicht zu gebrauchen, da dieselben durch Tannin allzu stark gebeizt werden.

Für die Ausführung der einzeitigen Doppelfärbung ist es nötig, sich die richtige „polychrome Methylenblaulösung“ von Herrn Dr. Grübler, Leipzig, zu verschaffen. Die Schnitte der Alkoholpräparate kommen in dieselbe wenigstens 10 Minuten, doch schadet ein längeres Verweilen in derselben, ja ein Aufenthalt über Nacht nicht und verlängert nur die Entfärbungszeit. Sie werden dann in Wasser abgespült und in die 33%ige wässerige Tanninlösung gebracht, wo sie langsam Farbe abgeben und 2—5 Minuten bleiben. Durch Abspülen in Wasser erkennt man den richtigen Zeitpunkt der genügenden Entfärbung, indem die Schnitte einen matten, graublauen Ton erhalten. Nach sorgfältiger Auswässerung kommen sie dann entweder direkt in absoluten Alkohol oder in eine mit absolutem Alkohol bereitete koncentrierte Lösung von Goldorange, in welcher sie

nicht blofs entwässert werden, sondern auch eine gelbe Kontrastfärbung erhalten, ohne dafs dabei Bacillen entfärbt werden. Bei ungenügender Abgabe von Methylenblau (dickere Schnitte, Gehalt an käsigen Massen oder Eiterherden, sehr lange Färbung in Methylenblau) bringt man die tannierten und in Wasser abgespülten Schnitte erst einige Sekunden in die 25%ige Salpetersäure, sodann in Spiritus dilutus und Wasser und schliefslich in absoluten Alkohol oder Orange-Alkohol zur Entwässerung. Es folgt Aufhellung in Bergamottöl und Einbettung in Balsam.

Einzeitige Doppelfärbung für Lepra-Tuberkelbacillen in Schnitten:

1. Polychrome Methylenblaulösung 10 Minuten bis einige Stunden,
2. Abspülung in Wasser,
3. 33%ige wässerige Tanninlösung 2—5 Minuten,
4. Sorgfältige Abspülung in Wasser,
5. Absoluter Alkohol
   oder
   (Goldorange-Alkohol)
   oder
   (25%ige Salpetersäure, Spiritus dilutus, Wasser, absoluter Alkohol),
6. Öl, Balsam.

Ein Fall von Myxödem durch Fütterung mit Glandulae thyreoideae (von Kälbern) geheilt, nebst einer Hypothese über die physiologische Funktion dieser Drüse.

Von

Dr. med. Ludwig Nielsen,
Sekundärarzt am „Vestre-Hospital“ zu Kopenhagen.

Fräulein E. G., 33 Jahre alt, Tochter eines Predigers. Kein Leiden, dem ihrigen ähnlich, ist in der Familie der Patientin nachgewiesen worden. Masern und Keuchhusten abgerechnet, ist sie früher stets gesund gewesen.

Ihre jetzige Krankheit fing in 1880 mit Geschwulst der Augenlider und Mattigkeit an; diese Symptome dauerten einige Monate, schwanden aber darauf spontan. In 1881 litt sie öfters an Übelkeit, Schwere am Kopfe und Kopfschmerzen; in den folgenden Jahren aber befand sie sich wieder wohl, ein wenig Mattigkeit abgerechnet; diese nahm in 1884 zu, und in diesem Jahre litt sie zugleich häufig einige Stunden des Morgens an Übelkeit und Magenschmerzen. Von 1885

an entwickelten sich die charakteristischen Symptome des Myxödems, mit Geschwulst des Zahnfleisches und des Gesichts anfangend, und später ist die Krankheit in beständigem Fortschreiten gewesen, ohne sich wesentlich durch Behandlung (besonders mit Eisen und Arsen) beeinflussen zu lassen.

Als sie im Oktober 1892 die Behandlung anfing, Glandulae thyreoideae zu essen, war ihr Zustand folgender: Die Gesichtszüge waren grob, der Ausdruck träge, verdummt, die Haut des Gesichts, des Haarbodens und des Nackens geschwollen, aufgebläht und gespannt, besonders um die Augen, und von einer gelben, wachsartigen Farbe; bei Druck auf die Infiltration wurde keine bleibende Depression an der Haut hervorgebracht. Das Haar, welches ursprünglich sehr dick gewesen, war beinahe völlig verloren gegangen; unter der Perücke, die sie in der letzten Zeit hatte tragen müssen, fanden sich nur einzelne, dünne Haarbüschel und zerstreute, kurz abgeschnittene Haare; auch die Achselhaare waren herabgefallen. Die Haut an Armen und Beinen, und namentlich an den Füfsen, war trocken, ein wenig rauh und schuppig, im Augenblick aber nicht geschwollen, wie es in den letzten Jahren, dann und wann, mit unregelmäfsigen Zwischenräumen der Fall gewesen. In den letzten Jahren war die Patientin im ganzen beleibter geworden, besonders am obersten Teil der Brust, an Unterleib und Unterextremitäten, namentlich den Femora, wie es scheint, wegen einer reichlicheren Entwickelung des subkutanen Fettgewebes. Das Zahnfleisch war dunkelrot, geschwollen und leicht blutend, die Zähne locker, sonst gut; die Zunge vielleicht ein wenig geschwollen; es gab starkes Foetor ex ore. Patientin hat in späteren Jahren nie in Transpiration kommen können, sogar nicht bei Anstrengungen oder in Hitze, aufser in geringem Grade um die Augen.

Sie litt an einer bedeutenden Mattigkeit im ganzen Körper, und alle ihre Bewegungen waren langsam; der Gang war zu Zeiten unsicher, unregelmäfsig, bald schneller, bald langsamer, ohne dafs sie ihn ganz beherrschen konnte; sie schrieb langsam; die Rede war langsam, ein wenig träge mit mattem Klang. Sie hatte fast nie eigentliche Kopfschmerzen, sondern eine beängstigende Empfindung von Leere oder Druck am Gehirn, und sie wurde schnell bei aller Geistesarbeit, sowie bei aller körperlichen Arbeit ermüdet. Auch die geistigen Funktionen (Denken und Auffassung) gingen langsamer vor, so dafs sie oft nur mit Schwierigkeit einem gewöhnlichen Gespräch folgen konnte. Das Gedächtnis war geschwächt, doch nur für spätere Ereignisse; dagegen hat sie nie Halluzinationen oder tiefere mentale Zerstörungen gehabt. Sie war sehr geneigt zum Schlaf. Das Gesicht war ein wenig geschwächt, und das Gehör hatte in geringem Grade abgenommen; Geruch, Geschmack und Hautempfinden dagegen nicht. Sie hat nie Parästhesien gehabt, litt aber immer an Kälte.

Von seiten der übrigen Organe waren die Veränderungen weniger hervortretend; sie wurde beim Gehen ein wenig kurzatmig, hatte aber kein Herzklopfen; Puls war dagegen schwach und langsam, ca. 60, regelmäfsig. In den letzten Jahren hat sie immer Schnupfen gehabt und in mehreren Jahren Husten im Winter mit reichlichem schleimigen Expektorat. Der Appetit, welcher mehrere Jahre gering gewesen, war in den letzten Jahren ziemlich gut; keine Übelkeit, kein Erbrechen. In den ersten Jahren gab es bedeutende Konstipation, später umgekehrt beinahe täglich ziemlich dünne Abführung. Das Harnlassen ist immer normal gewesen; der Urin war jetzt, wie bei mehreren früheren Untersuchungen, sauer, ohne Albumen oder Zucker. Menstruation (vom 14. Jahre an), welche früher regelmäfsig und schwach gewesen, war in den letzten 5—6 Jahren ein wenig unregelmäfsig geworden, alle 5 oder 6 Wochen, sehr stark und protrahiert (ca. 1 Woche). Die objektive Untersuchung der inneren Organe bot nichts Abnormes dar. Gl. thyreoidea war nicht fühlbar. Das Befinden der Patientin ist immer besser im Sommer, als im Winter gewesen, namentlich, weil sie da weniger fror; der Kopf war dann auch freier, der Appetit besser. —

Auf der skandinavischen Naturforscherversammlung letztes Jahr in Kopenhagen (Juli 1892) teilte der Professor Howitz[1] (Kopenhagen) mit, dafs er einen Patienten mit Myxödem durch Fütterung mit gekochten Glandulae thyreoideae von Kälbern geheilt hatte; ich schlug daher diese Behandlung bei der Patientin ein, anfangs nicht ohne Zweifel, ob ein so langwieriges und schweres Leiden durch die blofse Fütterung mit gekochten Drüsen geheilt werden könne; das Resultat wurde um so viel mehr überraschend. Um die Übersicht zu erleichtern, wird im folgenden eine summarische Darstellung der Symptome während der Behandlung für jedes einzelne Organ gegeben werden.

Die Behandlung fing den 10. Oktober 1892 mit einer Drüse täglich an. Schon den ersten Abend empfand die Patientin eine auffallende Mattigkeit und schnell zunehmende Schmerzen im Kopfe, am stärksten um und hinter den Augen und über dem Scheitel, nicht von Übelkeit begleitet; die Schmerzen waren fortdauernd, aber am schlimmsten bei Nacht, weshalb der Schlaf unterbrochen war. Einige Tage später stellten sich zugleich Schmerzen in den Knien beim Gehen ein. Den 19. Oktober wurde sie genötigt, sich zu Bett zu legen, da sich die Schmerzen nach dem ganzen Körper verbreiteten, besonders Truncus, am meisten an der Vorderfläche der Brust, an Schultern, Oberarmen, Schenkeln und Knien. Sie hörte dann mit der Kur auf (bis zum 3. November). Die Schmerzen waren fortdauernd, mit nächt-

[1] Kurz referiert in: *Ugeskrift for Læger*. 4. R. XXVI. No. 7—8. pag. 109.

lichen Exacerbationen; der Schlaf sehr unterbrochen. Es gab zugleich bedeutende Empfindlichkeit bei ziemlich leisem Druck, doch war die Haut selbst kaum empfindlich, da eine aufgehobene Hautfalte nicht schmerzend war; die Empfindlichkeit schien mehr an Muskeln, Fascien und Periost lokalisiert zu sein. Die stetigen Kopfschmerzen hörten einige Tage, nachdem sie zu Bette gegangen, auf; später stellten sie sich nur dann und wann am Scheitel oder am Nacken ein, hörten aber erst am Ende des Dezember ganz auf. Die frühere, plagende Empfindung von Leere oder Druck am Kopfe hörte kurz nach dem Anfang der Kur definitiv auf. Schmerzen und Empfindlichkeit in den übrigen Teilen des Körpers hielten sich mit unveränderter Stärke während der ersten Woche im Bette, um dann nach und nach abzunehmen; sie waren doch aber noch lange Zeit in geringerem Grade fühlbar, indem es dann und wann, bis zum Ende des December, eine Empfindlichkeit von kurzer Dauer gab, meistens der Unterextremitäten, doch auch einzelne Male der rechten Schulter und des linken Hypochondriums.

Schon 3—4 Tage nach der Einleitung der Kur fingen die Geschwülste der Haut und der Mundschleimhaut an allmählich zu schwinden und waren im Verlauf von ca. anderthalb Wochen ganz verschwunden, aufser am Nacken und am Hinterkopf, wo die Haut erst am Ende des November, gleichzeitig mit dem Hervorsprieſsen des Haares an diesen Stellen, sich ganz normal zeigte. Als die Schmerzen im Körper anfingen abzunehmen, d. h. in den letzten Tagen des Oktober, empfand sie ein starkes Jucken, Stechen und Prickeln an der ganzen Haut, aufser am Gesicht und Haarboden; keine Urticaria. Diese Parästhesien stellten sich nur bei Nacht ein und störten häufig den Schlaf; sie hörten erst am 25. November ganz auf; während der letzten Woche waren sie nur dann und wann in den Unterextremitäten fühlbar. Einige Tage vor dem Anfang des Juckens fing eine Abschuppung der Oberhaut an, zuerst an der Nase, dann am ganzen Gesicht, an den Händen und zuletzt überall. Die Schuppen waren kleienartig am Gesicht und Truncus, ein wenig gröfser an den Extremitäten; in Volae und besonders in Plantae konnte man eben (am Ende des November) die Haut in grofsen, dicken Flächen, wie nach Scharlachfieber, abziehen. Die Abschuppung hatte erst in den letzten Tagen des Dezember aufgehört; die Haut war dann im ganzen weich und normal. Den 16. November bemerkte man zum ersten Male feine, hervorsprieſsende Lanugohaare am vordersten Teile des Haarbodens; am Hinterkopf und am Nacken, wo die Haut zu dieser Zeit noch ein wenig verdickt, uneben, trocken und fein schuppig war, kamen erst am Ende des November, als die Haut normal war, Flaumhaare hervor. Das Haar war sehr dick, wie vor dem Anfang der Krankheit, und wuchs jetzt schnell (den 16. Dezember war es über 1 cm

lang am Vorderkopf), so dafs am Ende des Dezember sie die Perücke entbehren konnte; es schien ganz seine ursprüngliche Farbe und Charakter annehmen zu wollen. Schweifs-Sekretion wurde zum ersten Male am Ende des November an der Stirn bemerkt, später in den Axillen und am Oberkörper, aber nur schwach und gelegentlich; starke, diffuse Schweifsabsonderung hat während der Behandlung nicht stattgefunden.

In den ersten Tagen der Kur verlor sie beinahe ganz den Appetit; später ist er aber gut gewesen, besonders in der letzten Zeit, und ist dann viel besser als vor der Behandlung gewesen; es ist weder Übelkeit noch Erbrechen da gewesen. Die Abführung, welche vor der Behandlung gewöhnlich ein wenig dünn war, mufste während der ersten Woche derselben durch abführende Mittel hervorgerufen werden; später ist sie völlig normal und spontan gewesen, aufser vorübergehender Diarrhoe, 3—4 Mal täglich, in 5—6 Tagen am Ende des November. Als die Geschwülste schwanden, war das Harnlassen in ca. 1 Woche vorübergehend ein wenig häufiger als gewöhnlich und die Diurese ein wenig gröfser (eine genaue Bestimmung der Harnmenge wurde versäumt); später ist das Harnlassen normal gewesen. Der Urin wurde während der Behandlung mehrmals untersucht; er war immer sauer, ohne Albumen oder Zucker. Die Menstruation stellte sich zum ersten Male während der Kur am 23. Oktober, nach einer Pause von 6 Wochen, ein; sie war dann viel schwächer als gewöhnlich und dauerte nur 4 Tage, wie vor dem Anfang der Krankheit; später ist sie regelmäfsig aufgetreten und auf dieselbe Weise mit einem Zwischenraum von 4 Wochen.

Von seiten der Respirationsorgane gab es keine Symptome während der Behandlung; namentlich fühlte sie sich nie kurzatmig. Am Anfange des Dezember, als sie einige Zeit aufser dem Bett gewesen hatte sie dann und wann bei stärkeren Bewegungen ein wenig Herzklopfen, welches später verschwunden ist; am Anfang der Kur hatte sie kein Herzklopfen. Der Puls war während der Behandlung bis zum Ende des November sehr verschieden; er wechselte bei den einzelnen Untersuchungen von ein wenig über 50 bis ca. 70, und war, besonders in der ersten Zeit, ziemlich klein, schwach und sehr unregelmäfsig; im Dezember war er in der Regel ca. 70 bis zu über 80, gewöhnlich kräftiger und regelmäfsiger, und bei den letzten Untersuchungen im Januar war er normal. Bei der Stethoskopie wurden keine anormale Geräusche und keine Erweiterung der Herzdämpfung nachgewiesen. Die Patientin hat während der Behandlung keine subjektive Febrilia gehabt. Die Temperatur wurde erst einige Male im Dezember gemessen; sie war den 8.: $\frac{37,4}{37,1}$, den 9.: $\frac{36,8}{36,8}$, den 10: $\frac{37,1}{37.}$

Trotz einer sehr reichlichen und nahrhaften Diät magerte sie

während der Behandlung bedeutend ab, besonders an Brust, Unterleib und Unterextremitäten, namentlich Femora, so dafs alle ihre Kleider enger gemacht werden mufsten. Als sie den 16. November anfing, ein wenig aus dem Bette zu sein, waren die Augen tiefliegend, die Schläfe eingesunken und der Gesichtsausdruck sehr matt; später ist sie ein wenig beleibter geworden, und der Gesichtsausdruck natürlich. Die bedeutende Schwäche und Mattigkeit, welche sie in den ersten 5—6 Wochen der Behandlung empfand, schwanden sehr langsam.

Ungefähr ein paar Monate nach dem Anfang der Kur konnte die Patientin wirklich als Rekonvalescenten betrachtet werden, da alle die Symptome der Krankheit verschwunden waren, und ihr Zustand war den 10. Januar, d. h. gerade 3 Monate nach dem Anfang der Behandlung, folgender:

Das Allgemeinbefinden ist gut, und sie ist jetzt nicht besonders mager. Die Haut ist überall weich und natürlich, ohne Geschwülste; keine Parästhesien, Schmerzen oder Empfindlichkeit. Gesichtsausdruck natürlich und lebhaft. Kopfhaar sehr dick, wie vor dem Anfang der Krankheit, und ca. 2—2½ cm lang; in den Axillen sind die Haare schwächer entwickelt. Schweifs kommt gelegentlich an der Haut hervor. Sie leidet nicht mehr an Kälte. Das Zahnfleisch ist natürlich, die Zähne festsitzend, Foetor ganz aufgehört; der frühere chronische Schnupfen ist geschwunden. Die Rede ist schnell und natürlich, sie wird nie ermüdet, nur eben bei langwierigem Vorlesen. Der Kopf völlig frei, keine Kopfschmerzen; alle geistigen Funktionen (Gedächtnis, Auffassung, Denken) wie vor der Krankheit, so auch Gang und übrige Bewegungen; doch fühlt sie ein wenig Empfindlichkeit in den Knieen beim Gehen. Keine Mattigkeit oder Schläfrigkeit über das normale; der Schlaf ist während der letzten 3—4 Wochen völlig gut gewesen. Die Sinne normal. Der Appetit völlig gut, besser, als während der Krankheit; Verdauung und Abführung in vollständiger Ordnung. Die Menstruation normal wie vor der Krankheit, so auch die übrigen Funktionen. Puls 78, regelmäfsig, ziemlich kräftig. Glandula thyreoidea ist beständig nicht fühlbar. — Die Patientin mufs demnach als völlig geheilt angesehen werden.

Sie hat während der Behandlung so reichliche, leicht verdauliche und nährende Speisen wie möglich bekommen, und vom 11. November an: Lq. ferri albumin. Von Drüsen[3] bekam sie:

[3] Gl. thyreoidea von Kälbern bekommt man als zwei zertrennte, flache Läppchen (jedes Läppchen somit = ½ Drüse), jedes in Gröfse von ca. einer Mandel bis zum doppelten wechselnd. Sie wurden auf die von dem Prof. Howitz angegebene Weise zubereitet: Man läfst die Drüsen mit einigen Löffeln Wasser leicht aufkochen, nachdem das feste Häutchen zuerst entfernt; sie werden dann in kleine Stückchen geschnitten und mit dem Wasser (der Suppe) in Haschis oder dergleichen hineingemischt, wenn man nicht vorzieht, die ganze Portion (1—2 Löffel voll) wie Medizin einzunehmen.

Vom	10. Oktober	bis zum	19. Oktober:	1 täglich.
„	20. „	„ „	2. November:	Aufhören wegen des schlechten Allgemeinbefindens.
„	3. November	„ „	15. November:	½ täglich.
„	16. „	„ „	22. „	abwechselnd 1 oder ½ alle 2 Tage.
„	23. „	„ „	28. „	Aufhören wegen Diarrhoe.
„	29. „	„ „	4. Dezember:	½ täglich.
„	5. Dezember	„ „	7. „	abwechselnd 1 oder ½ alle 2 Tage.
„	8. „	„ „	13. „	1 täglich.
„	14. „	„ „	19. „	abwechselnd 1 oder ½ alle 2 Tage.
„	20. „	„ „	28. „	½ täglich.
„	29. „	und so fort:		⅓ täglich.

Nachdem man entdeckt hatte, daſs das Myxödem von einer Degeneration der Gl. thyr.[3] herrühre, kam man bald auf den Gedanken, zu versuchen, die Krankheit durch künstliches Ersetzen dieses Organs zu heilen; man (Schiff) fand nämlich u. a., daſs die Symptome des Myxödems bei Tieren (Hunde), wo man vor der Exstirpation der Gl. thyr. Gewebe dieses Organs in die Bauchhöhle implantiert hatte, ausblieben; das Drüsengewebe fand sich dann nach längerer Zeit fast resorbiert. Eine solche Behandlung wurde nun auch bei dem Menschen versucht. Bircher[4] teilt eine Krankengeschichte mit, wo die Symptome eines weit entwickelten Myxoedème opératoire schnell schwanden nach Implantation in die Bauchhöhle von Drüsengewebe einer gleichzeitig von einem anderen Individuum exstirpierten Kropfgeschwulst; kaum 2 Monate danach kam ein Recidiv, welches wieder auf dieselbe Weise geheilt wurde; diesmal implantierte man etwa fünfmal so viel (doch nicht ganz gesundes) Drüsengewebe als vorher, und sie hielt sich jetzt recidivfrei ca. 9 Monate, schien aber dann wieder einen Rückfall zu bekommen.

Später hat man mit derselben Wirkung die Behandlungsweise zu vereinfachen versucht durch subkutane Implantation der Gl. thyr. von Tieren (Hammeln) und namentlich durch subkutane Injektionen mit Glycerinextrakt von Gl. thyr. des Schafes. Diese Methoden boten doch bedeutende Unannehmlichkeiten dar; die Zubereitung des Extrakts war weitläufig, und er hielt sich nicht lange; aufserdem wäre eine Injektionsbehandlung, welche immer zu Infektion Anlaſs geben könnte, schwierig,

[3] Die wesentlichste Quelle der Kenntnis des Myxödems findet sich in der Arbeit der englischen Kommission: *Report of a Comittee of the Clinical Society of London*, nominated. 14. Dezember 1883, *to investigate the subject of Myxoedema.* Supplem. to vol. XXI. London. 1888. 215 pag.

[4] *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* — Chir. No. 110. pag. 3404.

das ganze Leben hindurch fortzusetzen. Es war daher ein sehr bedeutender Fortschritt, als Howitz entdeckte, dafs eine Fütterung mit der Drüse eben dieselbe Wirkung hatte; die Behandlung ist dadurch so einfach wie möglich geworden. Übrigens haben englische Verfasser (H. Mackenzie[5] und Fox[6]), kurze Zeit danach und unabhängig davon, dieselbe Behandlungsmethode, gleichfalls mit gutem Resultat, verwendet.

Wie sich aus der obenerwähnten Krankengeschichte ergiebt, war die Wirkung der Behandlung ganz wunderbar; sie fing sozusagen gleich an, und im Verlaufe verhältnismäfsig sehr kurzer Zeit waren die vieljährigen und sehr ernsten Krankheitssymptome völlig verschwunden. Gleichzeitig stellten sich indessen starke Reaktionsphänomene ein: bedeutende Mattigkeit, nächtlich exacerbierende Schmerzen und Empfindlichkeit des ganzen Körpers, Hautparästhesien und eine vollständige Abschuppung der Epidermis; weiter sehr unregelmäfsiger Puls und vorübergehend vergröfserte Diurese. Dagegen kam keine profuse Transpiration oder Urticaria, keine Kurzatmigkeit oder Ohnmächte wie bei Howitz' Patientin vor. Die Reaktionssymptome rühren kaum direkt von den im Blut aufgenommenen Stoffen des Drüsengewebes (siehe später) her, sind aber wahrscheinlich nur der Resorption oder der möglichen Umbildung von der krankhaften Infiltration in den verschiedenen Organen zuzuschreiben — dabei geschieht wirklich plötzlich eine Art Revolution in dem ganzen Organismus —, und es mufs somit angenommen werden, dafs sie sehr bedeutend wechseln können nach dem verschiedenen Entwickelungsstadium der Krankheit, sowohl in der Haut, als vielleicht namentlich in den inneren Organen, wohl am nächsten im Herzen und in den Gefäfswänden.

Auch die Dosen der Drüsen müssen in dieser Beziehung einen grofsen Einfluſs bekommen, da anzunehmen wäre, die Wirkung gehe schneller oder langsamer vor, nach der gröfseren oder kleineren Gabe derselben, wie es der Fall mit anderen heroischen Heilmitteln ist, und je schneller die Veränderungen vorgehen, desto stärker werden wahrscheinlich die Reaktionssymptome.

Howitz fing bei seiner Patientin mit zwei Kalbsdrüsen täglich an, mufste aber nach Verlauf von 13 Tagen aufhören wegen der starken Reaktionssymptome; 16 Tage danach fuhr er mit einer Drüse alle zwei Tage fort. Obgleich meine Patientin mit einer Drüse täglich anfing, wurde es doch gleichfalls wünschenswert, einige Zeit damit aufzuhören; ich versuchte danach, wieder langsam bis zu einer Drüse täglich zu erreichen, und ging dann später, als die Patientin als Rekonvalescentin betrachtet werden mufste, nach und nach niedriger. Bei der Patientin

[5] *Brit. med. Journal.* 29. Oktober 1892. pag. 940.
[6] Ibidem. pag. 941.

Mackenzies, die in der Regel täglich zwei rohe Schafsdrüsen bekam, welche sie freilich mehrmals ausbrach, kam eine Steigerung der Temperatur (bis zu 38°) und des Pulses (bis zu 116°), einen einzelnen Tag werden Schmerzen im ganzen Körper erwähnt, einen anderen Tag profuse Transpiration; dagegen wurde die Diurese nicht vermehrt. Bei der Patientin Fox', welche nur eine halbe Schafsdrüse zweimal in der Woche bekam, stellten sich grofse Mattigkeit und profuse Transpiration ein, da sie in vierzehn Tagen aus Versehen diese Dosis dreimal in der Woche einnahm. Diese beiden Verfasser raten daher, mit kleinen Dosen anzufangen; Mackenzie meint, dafs eine Schafsdrüse alle zwei Tage oder eine halbe täglich passend sei, welches ich auch anzunehmen geneigt bin. Demnächst wäre es gewifs zu empfehlen, den Patienten im Bette zu halten, jedenfalls während des ersten Teils der Kur. Es scheint von keiner wesentlichen Bedeutung, wenigstens was das endliche Resultat betrifft, ob man Schafs- oder Kalbsdrüsen verwendet, und ob sie roh oder gekocht genossen werden; da man sich aber im letzten Falle gegen zufällige Ansteckung versichert, namentlich gegen Tuberkulose-Überführung, und da die gekochten Drüsen weniger unangenehm zu essen sind und nicht Übelkeit oder Erbrechen verursachen, wie die rohen (Mackenzies Fall), so sind sie natürlich bei weitem vorzuziehen.

Die Behandlung ist indessen nicht mit dem Aufhören der Krankheitssymptome abgeschlossen, da die Ursache derselben, d. h. die Destruktion der Gl. thyr. ja unersetzbar ist, und da angenommen werden mufs, dafs diese Drüse kontinuierlich funktioniert. Das fehlende Sekret mufs daher kontinuierlich und das ganze Leben hindurch dem Organismus durch Aufnehmen durch den Darmkanal zugeführt werden, statt direkt durch das Blut. Ob die physiologische Funktion der Drüse dauerhaft auf diese einfache Weise zu ersetzen sei, ist selbstverständlich noch nicht möglich darzuthun; die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen machen es aber sehr wahrscheinlich (vgl. auch Birchers vorher erwähnten Fall). Es fragt sich dann nur, wieviel Drüsengewebe nötig einzunehmen sei, nachdem die Symptome des Myxödems geschwunden; vorläufig hat die hier erwähnte Patientin in der letzten Zeit 1/3 Drüse (vom Kalb) täglich eingenommen, und wenn sie fortfährt, sich völlig wohl zu befinden, ohne kränkliche Symptome, wird sie also den Rest ihres Lebens auf dieselbe Weise fortfahren.[7] Übrigens ist es ja möglich, dafs, wenn erst einmal die Symptome der Krankheit geschwunden, es geringere Bedeutung habe, ob dem Organismus ein Überschufs von Drüsengewebe zugeführt wird; wenigstens habe ich selbst ein paar Wochen versuchsweise eine halbe Drüse alle zwei Tage einge-

[7] Die Patientin befand sich noch Mitte März vollkommen wohl.

nommen, ohne etwas Auffallendes zu empfinden, und eine Hypertrophie der Drüse mag auch ohne Krankheitssymptome bestehen; es ist daher auch wahrscheinlich, dafs die früher erwähnten Reaktionsphänomene am Anfange der Behandlung allein auf die oben angegebene Weise erklärt werden müssen.

Die Möglichkeit, die Funktion der Gl. thyr. durch Fütterung mit der Drüse ersetzen zu können, wird natürlich künftig erlauben, Totalexstirpation von Kropfgeschwülsten, wo eine solche zu wünschen wäre, vorzunehmen.

Die physiologische Wirkung der resorbierten Drüsen auf die myxödematös veränderten Gewebe selbst ist natürlich ganz rätselhaft, da man noch nichts von der normalen Funktion der Gl. thyr. kennt; soviel weifs man aber, dafs sie anatomisch wie eine wirkliche Drüse gebaut und mit einer im Verhältnis zu ihrer Gröfse ungewöhnlich starken Vaskularisation versehen ist — was auch an und für sich auf eine bedeutende Funktion hinweist —; weiter, dafs ihr Sekret wegen Mangels an einem Ausführungsgang annehmlich vom Blut aufgenommen werden mufs und somit allen Geweben des Organismus zugeführt wird, und dafs eine mangelhafte oder unterbrochene Zufuhr dieses Sekrets zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen Anlafs giebt, welche in beinahe allen Organen angetroffen werden können, am meisten aber in der Haut und im subkutanen Gewebe, und welche die klinischen Symptome des Myxödems verursachen.

Diese Veränderungen bestehen wesentlich in einer mehr oder weniger ausgeprägten Zellen- und Kernteilung und in einer Infiltration mit einer gelatinösen, zum Teil sehr mucinhaltigen Substanz[8] — daher eben der Name Myxödem (Ord) —, welche sekundäre Leiden der parenchymatösen Gewebe (namentlich der Haarfollikel und Drüsen) mitführen. Ord,[9] welcher das Bindegewebe in allen Teilen des Körpers auf diese Weise verändert fand, hebt die grofse Ähnlichkeit der Textur des Gewebes mit Schleimgewebe hervor, wie es im Nabelstrang vorkommt. Dieselbe Schleimanhäufung ist auch bei experimentell hervorgerufenem Myxödem bei Tieren, namentlich bei Affen (Horsley), bei akut verlaufenden Formen der Krankheit gefunden, wo eine erheblich vermehrte Mucinhaltigkeit in Haut, Sehnen, Speicheldrüsen — sogar in grofser Menge in der Parotis, die normal nichts davon enthält — und Blut nachgewiesen wurde. Doch hat man nicht immer oder in gleichem

[8] Die Mucinhaltigkeit des myxödematösen Gewebes kann nach Virchow (*Berl. klin. Wochenschr.* XXIV. 1887. No. 8. pag. 122—23) nicht von einer Metaplasie des Fettgewebes in Schleimgewebe herrühren, wie man es nicht selten unter verschiedenen Verhältnissen sieht.

[9] W. Ord: On Myxœdema: *Med.-chirurgic. Transact.* Vol. 61. 1878. pag. 57—78. Cfr. *Brit. med. Journ.* 11. Mai 1878. pag. 671.

Grade eine solche Vermehrung des Schleimes gefunden, was wie HALLIBURTON, Mitglied der englischen Kommission, vermutet, teils davon herrühren soll, dafs die Patienten nicht wie im Falle ORDS im völlig entwickelten, typischen, „geschwollenen Stadium" der Krankheit, sondern in der nachfolgenden atrophischen Periode gestorben seien, und teils davon, dafs bei einigen Patienten das subkutane Bindegewebe durch Fettgewebe ersetzt worden sei. Diese Mucinhaltigkeit mufs doch gewifs für dieses Leiden eigentümlich gehalten werden, und HORSLEY hält auch die Mucinanhäufung für die Ursache des Myxödems, und die Gl. thyr. für das Organ, welches durch Regulierung des Stoffwechsels diese Anhäufung verhindert.

Wenn die prinzipiellen pathologisch-anatomischen Veränderungen in dieser Krankheit wirklich einer Infiltration des Bindegewebes mit Schleimgewebe zuzuschreiben wären, wie es die Auffassung ORDS zu sein scheint, würden die Verhältnisse im ganzen in hohem Grade dem Zustande im frühesten Fötalleben gleichen. Die ursprüngliche embryonale Zustandsform des Bindegewebes ist ja nämlich gerade das Schleimgewebe, dessen Intercellularsubstanz also mucinhaltig ist, während sie später durch Umbildung des Schleimgewebes in Bindegewebe leimgebend wird; diese Umbildung geschieht ziemlich spät; sie fängt nämlich im dritten Fötalmonat an, da erst zu diesem Zeitpunkt die Bindegewebsfibrillen sich zu entwickeln anfangen.[10] Zur selben Zeit scheint es aber, aus den anatomischen Verhältnissen zu schliefsen, auch möglich zu sein, dafs die Gl. thyr. zu funktionieren anfangen könne. Sie besteht nämlich nach KÖLLIKER (l. c., p. 875) schon im zweiten Monat von dickeren Seitenläppchen mit einem schmalen Isthmus, und es sind am Ende desselben Monats Drüsenblasen gebildet; KÖLLIKER hebt weiter den ganz auffallenden Gefäfsreichtum dieser Drüse bei ein wenig mehr entwickelten Embryonen hervor, welches namentlich durch Vergleichung mit Thymus und Speicheldrüsen in die Augen fiel. Wenn man also wirklich annehmen dürfe, dafs es sich bei dem Myxödem um eine Entwickelung von Schleimgewebe handele, scheint mir die Annahme nahe zu liegen, dafs das Sekret der Gl. thyr. im Fötalleben, sowie auch später, Bedeutung für die Bildung des Bindegewebes haben könne, d. h. überhaupt die physiologische Aufgabe: durch seine Einwirkung auf das Schleimgewebe dasselbe in leimgebendes Gewebe umzubilden, und dafs also die Schleimanhäufung bei Myxödem davon herrühre, dafs die Neubildung des Bindegewebes wegen mangelnder oder mangelhafter Zufuhr des Drüsensekrets sich nicht über die embryonale Zustandsform entwickeln könne (oder möglich, dafs sogar fertig gebildetes Bindegewebe teilweise zu derselben zurückfallen könne).

[10] A. KÖLLIKER. *Entwickelungsgeschichte des Menschen und der höheren Tiere.* II. Aufl. 1879. pag. 774.

Wegen der Bedeutung, welche das Bindegewebe (als Periost und Perichondrium) für die Knochenbildung hat, scheint es mit dieser Hypothese sehr vereinbar, dafs man nach Exstirpation von Kropfgeschwülsten bei Individuen in der Wachstumsperiode nebst Entwickelung von Myxödem gefunden hat, dafs der Körper sich nicht mehr in der Höhe entwickelt; so teilt namentlich BRUNS[11] einen Fall mit, wo man bei einem Knaben von 10 Jahren Totalexstirpation einer Kropfgeschwulst unternahm; als er im 28. Jahre aufgesucht wurde, litt er an einem im höchsten Grade ausgesprochenen Myxödem, und seine Höhe entsprach der eines Knaben von 10 Jahren (127 cm). Es scheint gleichfalls mit dieser Hypothese vereinbar, dafs Gl. thyr., wie es gewöhnlich angegeben wird, verhältnismäfsig stärker entwickelt sei, und im ganzen gröfsere Bedeutung für das Individuum im Entwickelungsalter zu haben scheint, als später im Leben, da ja in diesem Alter eine gröfsere Neubildung von Geweben als späterhin vorgeht. Eine Vergröfserung der Drüse während der Gravidität, welche öfters angetroffen wird, könne gleichfalls im Verhältnis zu der stärkeren Entwickelung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane während dieses Zustandes stehen.

Die gröfsten pathologischen Veränderungen bei dem Myxoedem finden sich ja gerade in dem Organ, welches das meiste Bindegewebe enthält, d. h. die Haut und das subkutane Gewebe, aber auch andere Organe (vielleicht am häufigsten die Gefäfse) werden oft in die Krankheit mit hineingezogen durch ein Leiden des interstitiellen Gewebes. Der vergröfserte Umfang des Körpers, welcher bei diesen Patienten so häufig vorkommt, soll von einer übermäfsigen Entwickelung von Fettgewebe herrühren; da aber dieses sich auch ursprünglich aus Schleimgewebe entwickelt, wäre es vielleicht möglich, dafs die vermutliche, abnorm anwesende Menge von Schleimgewebe bei diesen Patienten sich teilweise in Fettgewebe umbilden könne; ein Abnehmen der Mucinmenge während des letzten atrophischen Stadiums der Krankheit müsse wohl auf Basis dieser Teorie als eine beginnende Degeneration, eine Art „Erschöpfung“ der Zellen mit Aufhören der Schleimausscheidung erklärt werden. Ein Faktor, den man von dieser Theorie aus in Betracht nehmen mufste, um ein näheres Verständnis der Entwickelung der Krankheit und ihrer Lokalisation in den verschiedenen Organen zu erreichen, wäre natürlich das freilich ganz unbekannte Verhältnis: in welcher Ausdehnung und unter welchen Umständen geschieht, namentlich aufser der Wachstumsperiode, normal eine Neubildung von Bindegewebe in den einzelnen Organen.

---

[11] Über den gegenwärtigen Stand der Kropfbehandlung. *Volkmanns klin. Vortr.* Chir. No. 76. pag. 2079.

Die langsame Entwickelung und die Schwankungen der Symptome bei dem spontan entstandenen Myxoedem mufs natürlich von einer im ganzen mangelhaften und gradweise abnehmenden, doch aber wahrscheinlich in Perioden gröfseren oder kleineren Zufuhr des Drüsensekrets zu den Geweben herrühren; man mufs nämlich vermuten, dafs diese Zufuhr nach der Entwickelung des lokalen destruktiven Prozesses in der Gl. thyreoidea wechsle, wo ein eventuell vorübergehender Stillstand wahrscheinlich sogar mit einer gleichfalls vorübergehenden „Arbeitshypertrophie" des restierenden Drüsengewebes — wozu dieses nach Erfahrungen von Exstirpationen von Kropfgeschwülsten sehr geneigt scheint — zusammentreffen kann.

Das Myxödem soll also, nach der oben erwähnten Hypothese, auf einem mehr oder weniger ausgebreiteten, teilweise foetalen Zustande des Bindegewebes des Körpers beruhen, das von einer mangelhaften oder aufgehörten Zufuhr des Sekrets der Gl. thyreoidea herrühre, welches Sekret, dem Organismus wieder zugeführt, die Symptome aufhebt, indem es das Schleimgewebe in normales leimgebendes Bindegewebe umbildet.

Frieselausschlag.
Lichen tropicus, Miliaria papulosa, Miliaria rubra etc.

Von

S. Pollitzer, A. M., M. D.,
New York.

Eine Affektion, welche wie Lichen tropicus den davon betroffenen Personen nur eine vorübergehende Belästigung verursacht und trotz noch so intensiven Unbehagens während der Dauer ihres Bestehens weder das Allgemeinbefinden beeinträchtigt noch irgend eine persistierende Veränderung an der Haut hervorruft und überdies spontan wieder verschwindet, eine derartige Affektion darf wohl mit Recht für eins der geringeren Übel gelten, das kaum der Beachtung des Arztes wert sei. Vielleicht ist dies auch der Grund, weshalb genanntes Leiden von den Dermatologen bisher fast vollständig vernachlässigt wurde, und namentlich die pathologische Anatomie desselben thatsächlich noch niemals genauer untersucht worden ist.

Viele Autoren schliefsen sich Hebra an und erklären die Affektion für ein direkt durch den Reiz des auf der Haut sich ansammelnden Schweifses entstandenes Ekzem; Kaposi hingegen und andere reden von einem zu der Schweifsbildung in Beziehung stehenden Ekzem, welches aber nicht durch Reizung, sondern durch Exsudation aus den abnorm angefüllten Papillargefäfsen entstanden sei; wieder andere verwechseln das Leiden mit der Miliaria crystallina, die doch eine hiervon total verschiedene Affektion ist, während von noch anderen angenommen wird, dafs der pathologische Vorgang beim Frieselausschlag wenigstens ein ähnlicher sei wie bei

Miliaria crystallina, — ohne aber irgend welche Begründung dieser Ansicht durch etwaige mikroskopische Untersuchungen beizubringen.

Es schien mir deshalb wünschenswert, dafs dieser Unsicherheit und Verschiedenheit der Meinungen ein Ende gemacht werde, und im Laufe des vergangenen Sommers excidierte ich zu diesem Zwecke eine Anzahl von Hautstücken von acht Fällen von Lichen tropicus. Zwei von meinen Kranken waren Säuglinge; das Alter der anderen reichte von der Pubertät bis zum Greisenalter. Die Präparate wurden vom Rücken, von der Brust und dem Bauche entnommen; nach dem Fixieren in einer gesättigten wässerigen Sublimatlösung wurden sie in Alkohol gehärtet und in Celloidin oder in Paraffin eingebettet. Von zweien wurden auch Serienschnitte angefertigt. Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung waren im allgemeinen so gleichmäfsig, dafs es nicht nötig ist, eine Beschreibung eines jeden einzelnen Falles zu geben.

In der Cutis wurden eigentlich keine Veränderungen konstatiert, abgesehen etwa davon, dafs die Lumina der Knäueldrüsen stellenweise ungewöhnlich weit waren. In der Papillarschicht aber schienen die Kapillaren stark angefüllt, und es war öfters eine mäfsig gesteigerte, perivaskuläre Infiltration mit Leukocyten vorhanden. Dies war namentlich in den Fällen, wo die Störung bereits längere Zeit bestanden hatte, deutlich erkennbar. Die Retezellen waren unverändert, und obgleich die intercellularen Lymphräume erweitert erschienen, waren auffälligerweise keine ausgewanderten weifsen Blutkörperchen zwischen den Zellen zu finden. Hier und dort sah man im Rete grofse cystenartige Hohlräume, welche sich als Querschnitte durch dilatierte Schweifsdrüsengänge auswiesen. Dieselben waren von ovaler oder kreisrunder Gestalt, und es fanden sich oft deren mehrere durch die ganze Dicke des Rete in einer schrägen Linie, eine über der anderen, verteilt vor (Fig. 4 und 5); manchmal traf man auch eine einzelne Cyste in den oberen Schichten des Rete eingebettet an, während unterhalb derselben ein nur wenig erweiterter Knäueldrüsengang zu konstatieren war. (Fig. 1 und 2).

Der Inhalt dieser Hohlräume war zu Zeiten fast vollständig flüssig mit einem Zusatz von einer feinkörnigen Beimischung und nur sehr wenigen epithelialen und runden Zellen (Fig. 1); gelegentlich waren die zelligen Elemente in erheblicher Menge vertreten (Fig. 2 und 3), und zu Zeiten war der ganze Raum mit dicht gedrängten Epithel- und Rundzellen angefüllt, sowie mit Bruchstücken von Kernen, welche sich intensiv färbten (Fig. 4). Wenn das Bläschen in der oberen Schichte der Epidermis gelegen war, hatte es sich meistenteils zu einer langen Ellipse abgeplattet, und in der Regel, wenn auch nicht immer, war die Basis aus den Zellen des Stratum granulosum gebildet. Diese Lokalisierung eben oberhalb der Körnerschichte schien bei weitem am häufigsten zu sein, wenn es sich um eine einzelne Vesikel handelte, und an dieser Stelle war der Inhalt derselben gewöhnlich klar. Wo mehrere dieser cystenartigen Räume sich nebeneinander vorfanden, wie bei Fig. 4, oder wo ein Ausführungsgang unmittelbar unterhalb des Bläschens angetroffen wurde, liefs die anatomische Verteilung keinen Zweifel über das Wesen dieser Höhlungen zu. Wenn aber in der ganzen Dicke des Rete nur eine einzelne Vesikel vorgefunden wurde, war man genötigt, Serienschnitte anzufertigen, um deren Zusammenhang mit dem Schweifsdrüsengang sicher beweisen zu können.

Das Stratum corneum war beinahe überall verdickt, nicht aber infolge einer Vermehrung der Anzahl der Zellen, sondern infolge einer Vergröfserung der einzelnen Bestandteile. Sogar in den allerobersten Schichten stellten sich dieselben oftmals nicht als dünne Lamellen dar, sondern in der vesikulären Form der Hornschicht von Schleimhäuten. Die Zellkerne waren an vielen Stellen erhalten, so namentlich an oder in der Nähe von den Orificien der Schweifsdrüsengänge, was die Ähnlichkeit mit dem

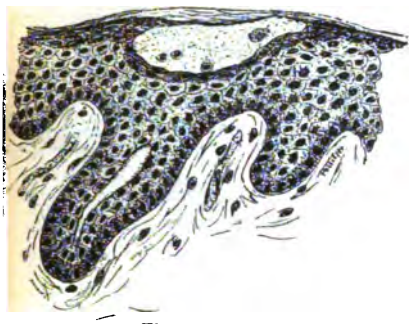


Fig. 1.

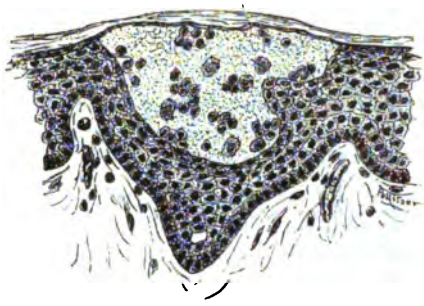


Fig. 2

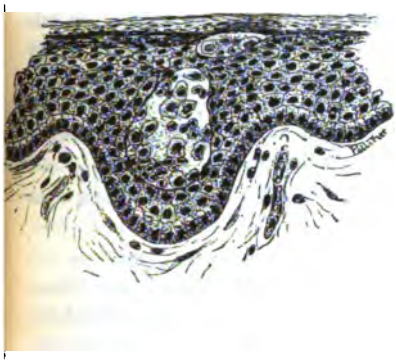


Fig. 3.

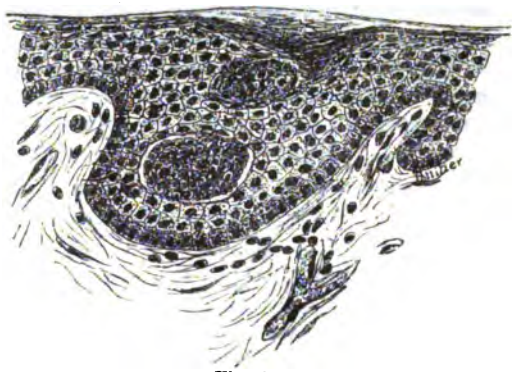


Fig. 4.

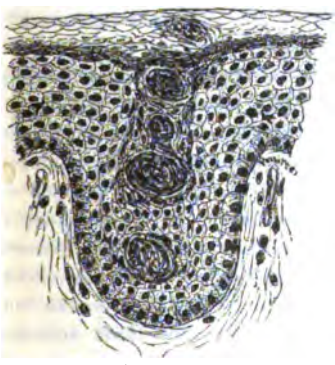


Fig. 5.

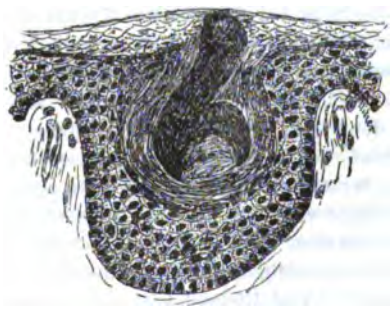


Fig. 6.

Verhalten einer Schleimhaut noch erhöhte. Ferner waren die obersten Schichten der Körnchenschicht häufig durch angesammelte Flüssigkeit abgehoben, so dafs hier wiederum ein meistens einen klaren Inhalt aufweisendes Bläschen entstand. Diese Vesikel schienen ebenfalls mit den Schweifsdrüsengängen in Verbindung zu stehen; wenigstens konnte man häufig einen Drüsengang in einer und derselben Richtung mit dem Bläschen antreffen.

Um zu rekapituliern: wir haben hier eine durch Imbibition geschwollene Hornschicht, ein leicht ödematöses Rete Malpighii, welches cystenartig erweiterte Schweifsdrüsengänge enthält, und ferner eine Cutis, die, abgesehen von der Papillarschichte, wo die Blutgefäfse angeschoppt erscheinen, keine Veränderungen aufweist.

Es ist überflüssig noch besonders hervorzuheben, dafs dies Bild nicht dem des Ekzems entspricht und andererseits ist dasselbe, auch nicht mit dem von Haight und Robinson bei Miliaria crystallina beobachteten identisch. Denn diese Forscher fanden vollständig klare Bläschen, die vollständig von der Hornschichte eingeschlossen waren. Die auffälligste Veränderung bei M. rubra bildet die cystische Ausweitung der Schweifsdrüsen. Gerade diese Veränderung bildet das hauptsächliche klinische Kennzeichen — die minimalen, isolierten Bläschen. Was die winzigen Papeln betrifft, welche nach den meisten Beschreibungen zwischen den Bläschen verstreut vorkommen sollen, so habe ich mich von deren klinischer Existenz nicht überzeugen können, und bei meinen Präparaten habe ich nirgends etwas entdeckt, das histologisch wie eine Papel ausgesehen hätte. Eine tief liegende, minimale, mit zelligen Elementen angefüllte Cyste kann aber klinisch eine Papel vortäuschen; und ebenso können gewisse, später zu beschreibende regenerative Processe eine ähnliche Wirkung haben.

Es dürfte nicht uninteressant sein, die wahrscheinliche Art der Entstehung dieser Cysten einer Besprechung zu unterziehen.

Offenbar gehören dieselben zu der Klasse der Retentionscysten, und es mufs notwendigerweise irgendwo von aufserhalb der Cyste her ein Verschlufs des Drüsenganges stattgefunden haben. Dieser Verschlufs findet offenbar in den oberen Schichten des Stratum corneum statt, denn die Cysten entwickeln sich unterhalb dieser Schichte, und es ist kaum anzunehmen, dafs unter der Einwirkung einer und derselben Ursache der Verschlufs sich bald an der einen, bald an der anderen Stelle vollziehen könne. Haight giebt als Erklärung für die Entwickelung der Bläschen bei Miliaria crystallina an, dafs ein plötzlicher Erguſs von Schweifs sich schnell durch den spiralig gewundenen Kanal in der Epidermis hindurchdränge und infolgedessen die Windungen der Spirale gegeneinander angedrückt würden, so dafs auf diese Weise ein ventilartiger Verschlufs des Ganges bewirkt werde. Ein derartiger, plötzlicher Ausbruch von Schweifs kommt nun allerdings bei fieberhaften Krankheiten wohl vor — das „kritische Schwitzen" —, und bei solchen entwickelt sich auch die Miliaria crystallina; aber beim Frieselausschlag, wo das Schwitzen mehr oder weniger konstant ist, können wir einen derartigen Faktor nicht anerkennen. Überdies scheint mir die ganze Erklärung fehlerhaft zu sein, denn der Schweifserguſs würde, wenn dies überhaupt möglich ist, einen Verschlufs des Drüsenganges an dessen erster Spiralwindung herbeiführen, wohingegen bei M. crystallina die Bläschen stets ausschliefslich in der Hornschicht gelegen sind. Ich möchte vielmehr an einen mechanischen Verschlufs durch die Ansammlung von Epidermiszellen im Verlauf des Fiebers denken infolge einer zeitweiligen Sistierung der Schweifsthätigkeit und der meistenteils verminderten Sorge für die Reinlichkeit der Haut. Krystallfriesel kommt heutzutage, seitdem man fieberhafte Kranke badet, abreibt etc., viel seltener vor als früher, da man die Pflege der Haut vollständig vernachlässigte. Ein so ausgedehnter Ausbruch von Bläschen, dafs man den Ausschlag

für das wesentliche Kennzeichen des Fiebers halten könnte — Febris miliaris —, kommt heutzutage so gut wie gar nicht vor.

Unstreitig kann an und für sich eine ausgiebige Schweifsabsonderung bei offenen Ausführungsgängen ebensowenig beim Lichen tropicus wie bei der Miliaria crystallina die Entwickelung von Retentionscysten veranlassen; irgend eine Behinderung des Ausflusses mufs unbedingt dabei mit im Spiele sein. Lokalisiert mufs dieses Hindernis bei beiden Fällen in der Hornschicht sein. Das Wesen desselben scheint mir, was den Frieselausschlag betrifft, durch die mikroskopische Untersuchung ziemlich klar gelegt zu sein. Nach der oben gegebenen Beschreibung sind die Zellen der Hornschicht geschwollen, ohne dafs ihre Kerne zerstört worden sind, und namentlich an den Orificien der Schweifsdrüsengänge ist diese Ähnlichkeit mit einer Schleimhaut besonders ausgesprochen. Offenbar ist diese Veränderung durch Imbibition mit Wasser, d. h. mit Schweifs bedingt. Wenn die Epidermis in Schweifs gebadet ist, und letzterer, wie gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, durch feuchtes Unterzeug festgehalten wird, so kann sie nicht in der normalen Weise verhornen; indem ferner die Zellen Wasser aufnehmen, schwellen sie und dehnen sich natürlich nach allen Richtungen hin aus, lateralwärts ebensowohl, wie in vertikaler Richtung. Diese sich ausdehnende Zellreihe kann also leicht über die Mündungen der Ausführungsgänge vorgeschoben werden und sie, falls gerade die Schweifsabsonderung nachgelassen hat, verschliefsen. Der nächst folgende Erguls von Schweifs würde nicht entweichen können und notwendigerweise eine Erweiterung des Ganges unmittelbar unterhalb des Hindernisses bewirken. Bei fortgesetzter Schweifssekretion mufs naturgemäfs die cystische Dilatation gröfser und gröfser werden, wodurch dann schliefslich ein trichterförmiger, spiraliger Kanal erzeugt wird, wie die Figur 3 einen darstellt.

Es kann allerdings der Einwand erhoben werden, dafs viele Leute, trotzdem sie reichlich schwitzen, doch keinen Frieselausschlag acquirieren, und ferner, dafs bei den von dem Ausschlag ergriffenen Individuen nicht sämtliche Teile der Haut, ja nicht einmal alle die stark schwitzenden Teile betroffen werden. Meistens ist die Schweifsabsonderung am Gesicht eine sehr profuse, und dennoch sieht man hier aufser vielleicht an der dem Hutleder entsprechenden Stelle niemals die Affektion sich entwickeln. Es giebt eine bestimmte Eigenschaft des Integuments, betreffs deren die Hornschicht an den verschiedenen Teilen des Körpers Abstufungen aufweist, und welche wohl imstande ist, die Vorliebe der Miliaria rubra für gewisse Regionen und Individuen zu erklären, nämlich der Fettgehalt. Zellen, welche reichlich mit Fett imprägniert sind, können kein Wasser aufnehmen und werden demnach trotz reichlicher Umspülung mit Schweifs unter solchen Umständen nicht anschwellen und die Ausführungsgänge verschliefsen. Die Thatsache, dafs das Bespülen mit Schweifs nicht jedesmal eine Anschwellung der Zellen des Stratum corneum hervorruft, giebt uns ohne weiteres die Erklärung dafür, dafs nicht jede Schweifsabsonderung einen Frieselausschlag im Gefolge hat. Die Neger in den Tropen acquirieren trotz ausgiebigster Transspiration keine Miliaria, denn ihre Haut ist ganz besonders gut mit Fett versehen. Die Engländer dagegen in Indien, die täglich ein oder zwei kalte Wannenbäder nehmen, leiden entsetzlich an prickly heat, vielleicht gerade, weil die häufige Anwendung von Wasser und Seife das Fett in der Hornschichte bis auf ein Minimum reduciert. Kein Teil der Haut ist mit Fett so gut versorgt, wie das Gesicht, und trotz noch so profuser Schweifsabsonderung stellt sich dort kein Friesel ein. Es scheint mir zweifelhaft, ob das auf der Stirn unter dem Hutstreifen sich bildende Exanthem ein Ekzem ist oder Miliaria rubra. Wenn wir uns für letztere entscheiden, läfst sich doch immerhin dieses Vorkommnis erklären durch die aufserordentlich intensive Durchfeuchtung, welche die unter einem fest anschliefsenden, undurchdring-

lichen Hute schwitzende Haut erleidet, so dafs die sonst reichlich vorhandene Durchtränkung mit Ölsubstanz überwunden wird.

Wenn meine Auffassung der Ätiologie dieses Leidens, nämlich dafs dasselbe sich auf einer schweifsdurchtränkten und ungenügend mit Fett versehenen Haut entwickelt, die richtige ist, so stehen uns Mittel zu Gebote, um dessen Auftreten bei den dazu disponierten Individuen zu verhindern. Ich habe mehrere Patienten, die jeden Sommer daran leiden, geraten, die erfahrungsgemäfs davon ergriffenen Teile morgens nach dem Baden mit Fett einzureiben. Verschrieben wurde aus naheliegenden Gründen Lanolin mit einem geringen Zusatz von Mandelöl. Dieses Einsalben ist nur eine prophylaktische Mafsregel und soll, falls der Ausschlag doch hervortritt, nicht weiter fortgesetzt werden. Freilich wird hierdurch die Arbeitsleistung der Schweifsdrüsen noch weiter gesteigert werden, denn es ist von Unna erst neuerdings noch nachgewiesen worden, dafs die Diffusion des Wasserdampfes (die Perspiratio insensibilis) durch die Hornschicht hindurch vermindert wird, wenn man letztere mit fettigen Substanzen tränkt. Doch würde dieser Faktor allein ohne den Verschlufs der Ausführungsgänge einen Frieselausschlag kaum herbeiführen können. Natürlich sind nach dem Hervortreten des Ausschlags austrocknende Mittel, namentlich Puder, am zweckmäfsigsten, und es ist alles, was die Schweifsabsonderung möglicherweise vermehren könnte, sorgfältig zu vermeiden.

Was wird aus den Epidermiscysten, und erhalten die verschlossenen Drüsengänge ihre Funktionsfähigkeit wieder? Natürlich werden gleichzeitig mit dem Weiterwachsen der Epidermis die Cysten langsam nach der Oberfläche zu weiterbefördert. Inzwischen ist aber der flüssige Inhalt derselben resorbiert worden, die zelligen Bestandteile sind immer dichter aneinander zusammengedrängt worden, die Zellen sind allmählich eingetrocknet und haben sich aufgelöst, bis schliefslich ein Bild entsteht, wie es Fig. 5 darstellt, wo wir einen kaum über das Normale erweiterten Drüsengang vor uns haben, dessen Lumen mit Detritus und fast unkennbaren, zelligen Bestandteilen ausgefüllt ist. Dafs dieser Detrituspfropf schliefslich bis auf die Oberfläche weitergeschoben wird, geht, wie ich glauben möchte, aus Fig. 6 hervor. Wir sehen hier einen Querschnitt durch eine unregelmäfsige, etwas spiralig geformte Masse, an der nur eine unbestimmte, geschichtete Struktur zu entdecken ist. Das Ganze färbte sich mit Hämatoxylin nur ziemlich diffus und unbestimmt. Es handelt sich hier, wie mir scheint, um ein weiteres Stadium in der Entwickelung der Figur 5 und um das Endstadium der Wiederherstellung des Ausführungsganges der Drüse.

Die Abbildungen zu dieser Mitteilung wurden nach Federzeichnungen, die nach Photogrammen angefertigt wurden, hergestellt, weil in der Regel die direkte Wiedergabe histologischer Präparate nach den photographischen Negativen keine deutlichen Bilder ergeben. Federzeichnungen nach den Photogrammen sind weniger umständlich und dabei ebenso getreu, wie die mit Hülfe des Camera lucida angefertigten Bilder.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Korrespondenz.

Geehrter Herr Redakteur!

Sie wollten wissen, wie es bei uns, in den russischen Ostseeprovinzen, mit der Leprafrage stehe. Diesem Wunsche komme ich um so lieber nach, da ich Ihnen Erfreuliches schreiben kann.

Im Mittelalter mufs der Aussatz in Livland häufig vorgekommen sein, denn bald nach Eroberung des Landes durch die Schwertritter und Gründung der ersten Städte erzählen die Chroniken von Errichtung von Siechenhäusern, in denen ausschliefslich Aussätzige interniert und verpflegt wurden. So bestanden bereits im Jahre 1237 in Reval ein solches Hospital zu St. Johannis und in Riga ein gleiches unter demselben Namen 1270. Die Revaler Leproserie war, wie damals alle Krankenhäuser, durch freiwillige Gaben erhalten, namentlich glänzend dotiert, sie verfügte z. B. über einen Landbesitz von zwei Dörfern. Bei jedem gröfseren Ordenshause, d. i. Schlofs, befand sich, entsprechend der Ordenspflicht der Brüder, die Krankenpflege zu kultivieren, ein offenes Spital. Kurz, es sollen in Alt-Livland, wie die Chroniken melden, gegen hundert Leproserien bestanden haben. Dank dieser grofsen Zahl von Internaten und dem rigorosen Vorgehen gegen alle der Lepra Verdächtigen durch zwangsweise Einsperrung der Unglücklichen, ist es offenbar gelungen, die Zahl der Kranken auf ein Minimum einzuschränken, denn die letzte Erwähnung des Aussatzes in den baltischen Landen geschieht in Reval im Jahre 1394 in Form eines Verbots wonach kein Knochenhauer in Reval Geflügel und Kleinvieh von den Aderlassern (diese gelten als Unehrliche) und von den aussätzigen Leuten, bei Strafe von 2 Mark, einkaufen durfte. Bald nach dieser Zeit begannen die beständigen Fehden der Ritter mit den angrenzenden Völkern, den Littauern, Polen, Russen und Schweden, durch die das Land immer wieder verwüstet wurde, bis endlich Livland nach dem Nordischen Kriege als Wüstenei, Rufsland unterworfen wurde. Feuer und Schwert hatten aber auch die Lepra ausgetilgt, sie ist sogar dem Volksgedächtnis entschwunden, so dafs die Landbevölkerung, die Esten, keinen charakteristischen Namen für dies Leiden besitzen, sie nennen die Lepra jetzt „Pidali töbi“ (Hospitalkrankheit). Erst wieder um die Mitte dieses Jahrhunderts wird die Lepra als solche von unseren Ärzten in vereinzelt vorkommenden Exemplaren erkannt und beschrieben, und hat sie sich seit dieser Zeit, langsam fortschleichend, wieder Bürgerrechte im Lande erworben. Wahrscheinlich ist sie durch heimkehrende Soldaten, die sich, in den inneren Gouvernements Rufslands dienend, inficiert hatten, mitgebracht und

fortgeflanzt worden; denn unter den Leprösen giebt es nach Dr. Hellat eine relativ grofse Anzahl, über 4%, ausgedienter Soldaten, von denen viele schon erkrankt heimkehrten, andere erst einige Zeit nach ihrer Rückkehr in die Heimat erkrankten.

Angeregt durch den Prof. von Wahl in Dorpat, durchforschten die Mediciner Paulson und namentlich Hellat in den Jahren 1885—87, zu Fufs von Dorf zu Dorf und von Gehöft zu Gehöft wandernd, den gröfsten Teil der Provinz, um die Zahl der Leprösen festzustellen und um zu konstatieren, ob die Lepra nur auf dem Wege der Ansteckung weiter verbreitet wurde, oder ob auch andere Ursachen dazu mitwirkten. Hellat hält nach seinen Forschungen die Lepra für bedeutend kontagiös und in Livland in steigender Zunahme begriffen. Nach ihm erstreckt sich die Krankheitsdauer der tuberösen Form in den Ostseeprovinzen mindestens über 10—12 Jahre. Für die anästhetische Form sieht er 20—25 Jahre als das Minimum an. Für die tuberöse Form gilt auch ihm die Angabe, dafs die behaarte Kopfhaut frei bleibe, als ausnahmslos gültig, während in den anästhetischen Fällen eine Abstumpfung des Gefühls und sogar stellenweise eine totale Anästhesie, namentlich in der Scheitelgegend, zu konstatieren war. Hellat hat in Livland, einschliefslich die Insel Ösel, 276 Fälle, teils selbst gesehen, teils durch andere Ärzte konstatiert gefunden, in Estland 26 und in Kurland 76 Kranke festgestellt. Alle diese Kranken gehören mit vereinzelten Ausnahmen der indigenen Bevölkerung, den Esten und Letten, an.

Um nun diesem Übel zu steuern, konstituierte sich im Jahre 1887 unter dem Präsidium des Prof. v. Wahl eine Gesellschaft zu Dorpat zum Zweck der Erforschung und Bekämpfung der Lepra in Livland. Freiwillige Beiträge wurden gesammelt, um Leproserien zu gründen, denn nur so durfte man hoffen, der Verseuchung des Landes vorbeugen und die Quellen der Inficierung stopfen zu können und den Unglücklichen selbst für ihre Leidenszeit eine zweckmäfsige Behandlung und Verpflegung angedeihen zu lassen.

Der Energie der an der Spitze der Gesellschaft stehenden Personen und der Opferwilligkeit des Landes ist es gelungen, mit dem November vorigen Jahres über zwei Asyle zu verfügen. Das eine derselben, die Villa „Muhli", ganz in der Nähe Dorpats, kann 25 Kranken Schutz und Pflege angedeihen lassen und ist vornehmlich dazu bestimmt, die schwerer Erkrankten, bei denen eine schwierigere medicinische Pflege, oder operative Eingriffe vorauszusehen sind, zu beherbergen, weil die Nähe der Kliniken eine solche leichter gewährt. Das andere gröfsere ist in Nennal am nordwestlichen Ufer des Peipus-Sees eingerichtet und auch bereits eröffnet worden. Dieser Ort, früher eine Poststation, die, nach Erbauung der Eisenbahn als solche eingegangen, ist der Gesellschaft vom livländischen

Adel, dem die Stationen gehören, zur Gründung einer Leproserie übergeben worden. Die von früher her vorhandenen zwei Gebäude sind ihrer neuen Bestimmung entsprechend umgebaut worden. Das Hauptgebäude ist durch einen Korridor in zwei gleiche Hälften geteilt, als getrennte Abteilungen für Frauen und Männer. Erstere hat zwei gröfsere Zimmer für 6—8, ein kleines für 4 Patienten, ein Speisezimmer und das gänzlich abgesonderte Zimmer der Köchin. Die Männerabteilung enthält ein kleines Krankenzimmer mehr, ferner das Zimmer des Knechtes, Vorratskammer und Küche. In der oberen Etage befinden sich auf der einen Seite zwei Zimmer für die Ökonomie und auf der anderen Seite zwei für den Arzt und die Apotheke. Das Nebengebäude enthält in zwei ganz getrennten Hälften 4 Zimmer für 10 Kranke. Zum Besitztum gehören ein grofser Garten und 24 ha Landes. Angebaut sind noch eine Waschküche, Badeanstalt, Eiskeller, Holzschuppen, Scheune und Stallraum. Desgleichen ist die innere Einrichtung, wie Möbel, Betten, Bettzeug, Küchengeschirr, Kleider, Wäsche und Fufszeug für die Kranken, sowie Medikamente, ärztliche Instrumente und Verbandzeug besorgt worden. Kurz, es ist die Anstalt zur Aufnahme von 50 Leprösen komplett eingerichtet. Der Arzt wohnt einige Kilometer entfernt im Dorfe, ist daher jederzeit leicht zu erreichen und besucht das Institut obligatorisch 2—3 Mal wöchentlich. Eine Oberaufseherin und Pflegerin, eine Magd und der Knecht wohnen in Nennal selbst. Die noch arbeitsfähigen Kranken sollen im Garten und auf dem Felde leichte Arbeiten verrichten und einen Teil des Küchenbedarfs für die Anstalt aus dem eigenen Grund und Boden producieren, sowie auch sonstige häusliche Arbeiten verrichten. Die weiblichen Insassen werden spinnen, stricken, nähen und die Kleider der Kranken in Ordnung halten. Als Zahlung für die Verpflegung und Behandlung hat die Administration 5 Rubel monatlich festgesetzt — ein Betrag, der natürlich die wirklichen Unterhaltungskosten eines Kranken bei weitem nicht deckt —, um die Gemeinden nicht stark zu belasten und damit sie um so lieber ihre Kranken der Anstalt zuweisen. Die Kranken erhalten des Morgens Milch oder Thee und Brot; mittags zwei Speisen, eine Suppe mit Fleisch und dann Gemüse, oder Milch-, Kohl-, Fisch-, Grützsuppe und nachher Fleisch; abends Suppe und Gemüse, oder Thee, Milch und Hering. Ende Oktober 1892 wurde das Leprosorium eröffnet und am 8. November mit 27 Kranken belegt. Doch bald zeigte sich durch dringende Anmeldung Aussätziger aus Estland das Bedürfnis, auch der Nachbarprovinz gerecht zu werden, und wurde obrigkeitlich um die Bestätigung, die Wirksamkeit der Gesellschaft auf diese ausdehnen zu können, nachgesucht. Sie erfolgte im Januar cr., und hat daraufhin die estländische Ritterschaft auf ihrem Ende Januar abgehaltenen Landtage für das Leprosorium in Nennal eine einmalige Subvention von

2000 Rubeln und in Zukunft jährlich 1000 Rubel bewilligt. Am 30. Januar dieses Jahres hat auf ihrer Jahresversammlung die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra infolge dieser Darbringung beschlossen, in diesem Jahre noch eine Erweiterung der Anstalt um 30 Betten, für welche die nötigen Baulichkeiten vorhanden sind und nur eines Ausbaues bedürfen, in Angriff zu nehmen. Somit hat unsere Gesellschaft einen bedeutsamen Schritt vorwärts gethan in der Entwickelung ihrer Thätigkeit und in der Erfüllung der Aufgabe, die sie sich gestellt. Denn, wenn es auch noch nicht möglich, alle Kranken durch Isolierung dem allgemeinen Verkehr zu entziehen, so muſs doch die Unterbringung von circa 100 Patienten in den beiden Leproserien einen günstigen Einfluſs auf die Beschränkung der Seuche ausüben, um so mehr, da die Krankheit offenbar in den letzten 50 Jahren keinen besonders bösartigen Verlauf gezeigt. Denn nehmen wir als Maximum 400 in Livland vorhandene Lepröse an, so macht das auf eine Einwohnerzahl von über einer Million doch nur 4 Kranke auf 10000 Bewohner.

Unabhängig von der oben genannten Gesellschaft hat Riga schon früher, im Jahre 1891, ein Asyl für Lepröse gegründet. Dasselbe befindet sich 6 km von der Stadt entfernt, in einem Tannenwalde gelegen; es hat ein Areal von ca. 10 ha und kann 40 Patienten beherbergen, die teils kostenlos verpflegt werden, teils je nach ihrem Vermögen $^1/_8$, $^1/_2$ bis 1 Rubel pro Tag zahlen. Aufgenommen werden in erster Reihe beständig in Riga wohnhafte Personen. Der Arzt lebt in der Anstalt selbst. Die Kranken werden auch hier beschäftigt, wozu häusliche Arbeiten, Ausübung von Handwerken und Beschäftigung im Garten ausreichende Gelegenheit bieten.

Pernau, Februar 1893.

P. Schneider.

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung den 7. December 1892.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 2.)

Demonstration einer Dermoidcyste vom rechten Ligam. lat. uteri, von Abel. In der Cyste fanden sich acht gut ausgebildete Zähne, welche fest in Alveolen eines kieferähnlichen Gebildes sitzen. Das ganze Knochenstück ist mit Haut bedeckt, in der ein Ende mit langen, verfilzten Haaren bedeckt ist.

Vorstellung eines Falles von multiplen Melanosarkomen, von Abel. Bei einer Frau entstand vor 7 Jahren an der Stelle eines abgekratzten Naevus ein Tumor, der ebenso wie ein eintretendes Recidiv operativ entfernt wurde. Seit drei Jahren

war die Frau vollkommen gesund. In der letzten Zeit entstanden zahlreiche Melanosarkome von Erbsen- bis Apfelgröfse an den verschiedensten Hautstellen. Metastasen in inneren Organen und Lymphdrüsen sind noch nicht nachweisbar. — Übertragungsversuche auf Tiere fielen negativ aus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung den 3. Juni 1892.

Tuberkelbacillen-Reinkulturen, aus der Leiche gezüchtet, demonstriert von Wunschheim. Er verrieb auf Rinderblutserum Knötchen, die er einem an Meningitis basilaris tuberculosa gestorbenen Manne 3½ Stunden post mortem entnahm. Auf drei der Eprouvetten wuchsen Reinkulturen der Tuberkelbacillen.

Sitzung den 1. Juli 1892.

Über das vaccinale Fieber spricht Sobotka. Zu seinen Untersuchungen benutzte er nur Kinder ohne Fieber mit geringen Temperaturschwankungen. An 40 Fällen war meistens schon am 3. bis 4. Tage Fieber zu konstatieren, das am 6. Tage sowohl, was die Zahl der Fiebernden, wie die Höhe desselben betrifft, zunahm; am 8. bis 10. Tage fieberten alle, und zwar erreichte das Fieber dann seine Acme. Am 10. Tage fällt die Temperatur bis unter die Norm, worauf noch eine 2- bis 5tägige mäfsige Fieberperiode folgt. Redner teilt das Vaccinefieber in vier Phasen: 1. vom 1. bis 3. Tage Inkubationszeit, 2. vom 4. bis 8. Tage zweite Phase, abhängig von der Lokalaffektion, 3. vom 8. bis 10. Tage dritte Phase als eigentliches Vaccinefieber, 4. das Nachfieber.

Die N.-Ausscheidung ist in der dritten Phase stets gesteigert. Am 3. bis 4. Tage beginnt eine Leukocytose, dauert 3 bis 4 Tage, sinkt zur Zeit des höchsten Fiebers unter die Norm, um nachher wieder zu steigen.

Das Initialfieber der Variola entspricht der dritten Phase des Vaccinefiebers, das Suppurationsfieber der vierten.

Das Vaccinefieber resultiert aus den beiden Komponenten, der Lokalaffektion und der Allgemeindurchseuchung.

Ob die Vaccine mit Variola identisch ist, ist nicht sicher ohne bakteriologische Untersuchungen zu entscheiden. S. neigt dazu, das anzunehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung den 27. Januar 1893.

Über spontane Vernarbung von Epithelialcarcinomen spricht Billroth: Es kommt nicht selten vor, dafs epitheliale Massen sich abstofsen und Vernarbung eintritt. Diese Spontanheilung ist aber keine radikale, denn es bleiben am Rande kleine Knötchen stehen, oder der Rand bleibt hart, carcinomatös infiltriert. Eine 50 Jahre alte Frau wird vorgestellt, die seit 7 Jahren einen Carcinomknoten in der Mamma hat. Seit 1½ Jahren hat sich derselbe verkleinert, die Mamilla fiel ab, es besteht jetzt eine Krebsnarbe. Billroth zeigt die Abbildung eines ähnlichen Falles. — Prof. Stoerk berichtet im Anschlufs daran über die spontane Abstofsung eines Tonsillarcarcinoms. — Prof. Kundrat hat ähnliche Schrumpfungen bei Lymphsarkomen am Halse oder im Nasenrachenraum ein paarmal beobachtet. Es handele sich wohl um Verfettung. Prof. Schrötter glaubt, dafs diese durch eine Arsentherapie wohl begünstigt wird.

Ein Angiom der Zunge stellt Riehl vor. Bei dem 22 Jahre alten Arbeiter soll der Tumor an der Zunge schon in der Kindheit bestanden haben. An dem mäfsig kräftigen Manne findet sich links nahe der Haargrenze ein blauer, wegdrückbarer, erbsengrofser Knoten. Die linke Hälfte der Zunge wird von einem hühnerei-

grofsen Tumor eingenommen, der von der Spitze bis zu den Papillae circumvallatae reicht und sich in der Mitte scharf abgrenzt. Derselbe fühlt sich in der Mitte derb an, die ihn überziehende Schleimhaut ist von roten oder violetten Papillomen bedeckt. Die Unterfläche der Zunge ist unregelmäfsig höckrig, nur stellenweise papillomatös und tiefblau verfärbt. Weit weniger entwickelte Papillome weist auch die rechte Zungenhälfte auf. Die histologische Untersuchung eines exstirpierten Angioms ergab den Befund eines Angioma simplex. Die Derbheit des centralen Teils ist wohl durch einen organisierten Thrombus bedingt. — Prof. Weinlechner würde den Tumor nach dem makroskopischen Aussehen als bindegewebige Hypertrophie der Zunge mit Gefäfsentwickelung bezeichnen.

Sitzung den 3. Februar 1893.

Prof. Kaposi demonstriert einen **Fall von Epithelioma serpiginosum cutis**. Der 60jährige Mann leidet seit 20 Jahren am flachen Hautkrebs. Die älteren Knötchen und Herde wurden exfoliiert, es trat flache Vernarbung ein, während am Rande neue Knötchen auftreten, so dafs der Procefs serpiginös vorrückt. Die epitheliomatöse Krebslinie zieht von dem rechten Augenbrauenrand zur Ohrmuschel bis über die Scheitelbeinregion und über die rechte Stirne herab zur Augenbraue. In einem ähnlichen Falle der v. Bergmannschen Klinik umschrieb die Linie die ganze rechte Gesichtshälfte.

Ferner stellt Kaposi drei Kranke mit drei verschiedenen Typen der **Sarcomatosis cutis** vor. Der Vortragende sieht von den Sarkomen ab, die — sehr selten — spontan oder nach Verletzungen der Haut als Knoten erscheinen und nach der Exstirpation trotz 10—15jähriger Beobachtung nicht recidivieren, und bezeichnet als Sarcomatosis cutis nur jene Krankheitsformen, welche durch allgemeine Ausbreitung und Gefährdung des Lebens als Allgemeinerkrankungen imponieren. Von diesen will er diejenigen zeigen, welche in der Haut entstehen und sich wesentlich auf dieselbe beschränken, nicht als Metastasen anzusehen sind. Da ist ein 51jähriger Mann mit **idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom**, das Kaposi 1869 beschrieben. Die ersten Knoten treten stets zuerst an Händen und Füfsen auf; sie sind lebhaft rot, werden später durch Kapillarhämorrhagien blaurot bis schwarzblau, stellen knotige, aneinandergedrängte, schmerzhafte Verdickungen dar, exulcerieren nur selten auf mechanische Insulte. Durch Resorption der älteren Knoten nach Monaten oder Jahren entstehen braunpigmentierte, narbige Atrophien, peripher umgeben von Knoten, was ein der Syphilis und Lepra ähnliches Bild giebt. Nach Monaten oder Jahren entstehen Knoten an Armen, Unterschenkeln, Ohrmuscheln, Augenlidern, Nase, Lippe und zuletzt an Nasenschleimhaut, in der Lunge (Hämoptoë) etc. Der Verlauf nach 5—8 Jahren letal; Arsenik machtlos. Bei dem vorgestellten Patienten begann das Leiden vor 4 Jahren mit Schmerzen und Schwellung in Händen und Füfsen. Vor 11 Monaten bei der Aufnahme bestand polsterartige Auftreibung an Hand- und Fufsrücken, am Gelenk sich in einer blauroten Area absetzend; die angeschwollene Partie war bretthart. Nur am Randteil sah man einige schrotkorngrofse, blaurote Knötchen. Flachhand und Fufssohle waren hart, rot, spontan Tag und Nacht schmerzhaft. Die Diagnose konnte aus einigen Knötchen an Ohrmuscheln sicher gestellt werden. Schwellung und Schmerzhaftigkeit haben etwas abgenommen, aber an anderen Stellen sind blaurote oder lebhaft rote Scheiben, Kreise und Knoten aufgetreten.

Den zweiten Typus zeigt ein 51jähriger Mann, ein echtes **melanotisches Sarkom**. Vor drei Jahren Schwellung der linken Unterextremität, Elephantiasis Arabum bis zum Becken reichend, über dem Knie zahlreiche, flache, braunrote, derbe, früher ulceriert gewesene Knoten und Knötchen. Diese Form geht oft aus einem Naevus hervor, mag aber auch nicht selten eine Metastase visceraler Sarkome sein. Bei einem anderen Falle bestand, als der erste Hautknoten auftrat, schon ein grofser, höckriger Leber-

tumor; derselbe starb nach einigen Monaten. Auch in diesem Falle mögen Tumoren im kleinen Becken die Ursache der Elephantiasis sein.

Die **Sarcomatosis cutis**, den dritten Typus, zeigt eine 76jährige Frau. Derselbe ist pathologisch und histologisch am wenigsten begrenzt; seine Beziehungen zur Leukämie und Pseudoleukämie sind strittig. Zwei derartige Fälle aus dem Jahre 1890/91, die an 100 fingernagelgroſse und gröſsere blaurote, flache oder etwas vorgewölbte Flecke zeigten, unter denen schmerzhafte, derbe Knoten fühlbar waren, genasen nach 3—4monatlicher Anwendung von Arsenik. Die vorgestellte Frau, seit 3—4 Jahren krank, zeigt ca. 100 Knoten und groſse Plaques mit centraler Vertiefung des knotigen Randes. Anfangs trat nach Arsenik auch hier eine Rückbildung ein, aber nachher erfolgte trotz Arsenik wieder eine Zunahme. — Das mikroskopische Bild gleicht sehr dem eines Rundzellensarkoms, aber nicht vollends; ebenso verhält er sich gegenüber den leukämischen Tumoren. Leukämie und Pseudoleukämie ist bei der Sarkomatosis beobachtet worden, aber nicht immer. Diese Frau zeigt normalen Blutbefund. Es bestehen hier dieselben Verhältnisse wie bei der Mycosis fungoides und der Lymphodermia perniciosa. Kaposi glaubt, daſs es Übergänge zwischen diesen verschiedenen Leiden giebt. Vorläufig ist die Bezeichnung „Sarkomatosis" beizubehalten. — Kundrat glaubt, daſs auch der erste Typus nicht ohne Bedenken den eigentlichen Pigmentsarkomen anzureihen sei und die Leiden noch einer Klärung bedürfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Ergänzungsheft I. 1893.

I. **Zur Therapie der Lepra**, von C. Danielssen-Bergen.

Verfasser bespricht einleitend Unnas Therapie der Lepra, die er bei einer Anzahl von Fällen, aber nicht mit dem von Unna angegebenen günstigen Erfolge in Anwendung gebracht hatte.

Es wird im folgenden ausführlich die Krankengeschichte eines Leprapatienten beschrieben, der nach Unnas Vorschlage mit 10%iger Pyrogallussäure, 10%igem Chrysarobin, Salicylkreosotpflaster äuſserlich, innerlich mit Ichthyolpillen in steigender Dosis behandelt worden war. Der Zustand des Patienten schien sich im Beginn soweit zu bessern, daſs fast alle Knoten schwanden, allerdings unter bedeutender Emaciation des Leprösen. Der errungene Erfolg war jedoch nicht von langer Dauer. Schon einen Monat später traten neue Knoten an Waden und Unterarmen auf; gleichzeitig machten sich die ersten Anzeichen einer trockenen Pleuritis bemerkbar, an die sich nach und nach Tuberkulose beider Lungen anschloſs. Trotz der sorgfältigsten Pflege starb der Patient.

Verfasser hat wiederholentlich die Wahrnehmung gemacht, daſs, wenn aus irgend einem Grunde die Lepraknoten schwinden, eine Lungentuberkulose entsteht, die früher oder später den Kranken tötet. Verfasser hatte vor der Entdeckung der Lepra- und Tuberkelbacillen geglaubt, daſs Detritus, von den erweichten Knoten ins Blut eingeführt, als Irritament des Lungengewebes diente und die Tuberkulose hervorrief; ebenso hatte er damals die tuberkulösen Veränderungen der Lungen als einen leprösen Proceſs angesehen. Nach der Entdeckung der Bacillen, als der angenommenen Ursache beider Krankheiten, schloſs sich D. der Anschauung an, daſs die Tuberkulose bei Leprösen von der wirklichen Lepra verschieden sei.

Wie wäre der Zusammenhang zwischen Lepra und Lungentuberkulose zu erklären? Man könnte sich denken, daſs eine Transformation vor sich gegangen sei, daſs der Leprabacillus in dem veränderten Medium, wohin er gekommen, einer Modifikation unterworfen worden sei.

Arning hat die Lungenaffektion in der Lepra als ein lepröses Leiden aufgefaſst. Wenn dies der Fall gewesen wäre, so müſsten Inokulationen auf Tiere, wie dies bis jetzt bei der Lepra regelmäſsig der Fall gewesen ist, negatives Resultat gegeben haben. Danielssen hat jedoch von den Überimpfungen aus einem infiltrierten Lungenstück eines an Tuberkulose gestorbenen Leprösen positive Resultate erhalten.

Verfasser hat noch 12 andere Lepröse nach Unnas Kurmethode behandelt, und zwar 4 an der anästhetischen, 4 an der knotigen und 4 an der gemischten Form der Lepra leidend. Im folgenden wird in Kürze ein Bericht über die meisten dieser Kranken gegeben.

Danielssen konnte in keinem Falle, obwohl jene Behandlung durch längere Zeit, bei einem Patienten sogar 2 Jahre hindurch, fortgesetzt worden war, eine wirkliche Heilung erzielen. Wohl gelingt es ebenso wie bei anderen Methoden, die Knoten und die Flecken zum Schwinden zu bringen, aber das ist noch nicht als Heilung anzusehen. Durch starke Karbolsäurewaschungen, durch starke Einreibungen mit Kaliseife, die eine ausgebreitete Desquamation hervorruft, durch Anwendung irritierender Öle, wie Gurjunöl, lassen sich ebenfalls die Knoten und Flecken zum Schwinden bringen. Bei interkurrenten, akuten Krankheiten, wie Erysipel, Typhus, Morbilli, Scarlatina, Variola, verschwinden sie auch bisweilen ganz, aber nach kurzer Zeit kommen dieselben wieder zum Vorschein, und die Krankheit tritt dann häufig weit intensiver auf.

Pinselungen mit Hydroxylamin (1,5—2,5:20 Glycerin und 80 Alkohol), subkutane Injektionen von Europhen in steigender Dosis (1,5:100 Ol. Olivar.), ferner Einreibungen mit Aristol hatten fast gar keinen Erfolg.

II. **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane**, 2. Abteilung. Die chronische Urethritis posterior und die chronische Prostatitis, von Ernst Finger-Wien.

Verfasser hat in 11 Fällen des von Prof. Weichselbaum ihm zur Verfügung gestellten Materials (120 Leichen) Veränderungen im hinteren Teile der Harnröhre vorgefunden. Von diesen 11 Fällen safs der chronisch entzündliche Proceſs in Pars anterior und Pars prostatica fünfmal, in Pars prostatica allein sechsmal.

Die den möglichst frischen Leichen entnommenen Präparate wurden in Alkohol oder Müllerscher Lösung gehärtet, mittelst Mikrotoms in Schnitte zerlegt, mit Karmin, Hämatoxylin, Occedin, die auf Mikroorganismen untersuchten Schnitte nach Kühnes und Löfflers Methylenblaumethode gefärbt.

Verfasser giebt im folgenden eine sehr detaillierte Schilderung der 11 Fälle, aus der wir die Resumés der mikroskopischen Untersuchungen wörtlich herausheben:

Fall I. Resumé. Desquamativer Katarrh der Urethra. Epithel des Caput gallinaginis, niederes Plattenepithel. Rein desquamativer Katarrh der Lakunen und Drüsen der Urethra, des Utriculus, der Drüsen des Caput gallinaginis und zahlreicher Prostatadrüsen.

Dichte und tiefgreifende, aus mononukleären Rundzellen und epitheloiden Zellen bestehende Infiltration des subepithelialen Bindegewebes von Urethra und Caput gallinaginis. Dieses Infiltrat setzt sich als periglanduläre Wandinfiltration auf die Drüsen des Caput gallinaginis und zahlreiche Prostatadrüsen fort.

Die Ductus ejaculatorii, deren Mündung durch das Infiltrat verengt, zeigen

Proliferation und Desquamation ihres Epithels, Infiltration ihrer Wand ihrer ganzen Länge nach durch ein sich auch aus dem subepithelialen Bindegewebe fortsetzendes Infiltrat.

Fall II. Resumé. Oberflächliche, chronische Entzündung des subepithelialen Bindegewebes mit Bildung einer circumskripten, von Plattenepithel gedeckten Schwiele an der Kuppe des Caput gallinaginis. Katarrhalisch desquamative und interstitielle Entzündung des Utriculus und zahlreicher Drüsen am Caput gallinaginis. Periglanduläre Infiltration des Endstückes der Ductus ejaculatorii.

Fall III. Resumé. Oberflächliche, chronische, in der Urethra zur Bildung papillärer Exkrescenzen führende Entzündung des subepithelialen Bindegewebes, die nur längs der beiden Ductus ejaculatorii in die Tiefe dringt. Rein desquamativer Katarrh zahlreicher Drüsen der Urethra, des Caput gallinaginis und der Prostata.

Fall IV. Resumé. Chronische Entzündung mit Bildung papillärer Exkrescenzen an der Urethra posterior und den Seitenteilen des Caput gallinaginis. Periglanduläre, chronische Entzündung des Utriculus und der Ductus ejaculatorii mit Erweiterung des Lumens des rechten.

Fall V. Resumé. Chronische Entzündung des subepithelialen Bindegewebes am Wege zur Schwielenbildung schon ziemlich weit vorgeschritten, mit Bildung papillärer Exkrescenzen in den obersten Lagen des subepithelialen Bindegewebes, auf der Schleimhaut der Urethra prostatica, mit Bildung straffen glatten Bindegewebes am Caput gallinaginis. Chronische, auf dem Wege zur Schwielenbildung ziemlich weit vorgerückte Entzündung des Bindegewebes der Wand des Utriculus und beider Ductus ejaculatorii. Die Divertikel beider Ductus ejaculatorii dicht mit Sperma erfüllt.

Fall VI. Resumé. Chronische, entzündliche Infiltration der obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes. Desquamativ-eiteriger Katarrh zahlreicher Prostatadrüsen und des Utriculus bei zum Teil unverändertem, periglandulärem Bindegewebe, zum Theil in diesem ein chronisch entzündliches Infiltrat, durchsetzt von Hämorrhagien.

Fall VII. Resumé. Chronische Entzündung der obersten Lagen des subepithelialen Bindegewebes von Urethra und Caput gallinaginis mit Ausgang in Schwielenbildung und Umwandlung des Epithels in Plattenepithel. Teils diffuse, teils knötchenförmig auftretende Nachschübe subakuter Entzündung — Infiltration mit mononukleären Rundzellen — im schwieligen Bindegewebe der Urethra. Fleckweise sehr akut entzündliche Infiltration des schwieligen Bindegewebes — Infiltration mit polynukleären Leukocyten und Gewebsnekrose — am Cap. gallin. Zerstörung der oberflächlichen Lakunen und Drüsen. Desquamativer Katarrh mit Cystenbildung der Drüsen des Caput gallinaginis.

Fall VIII. Resumé. Katarrhalische Desquamation des Cylinderepithels der Urethra, das Epithel des Caput gallinaginis in Plattenepithel verwandelt. Oberflächliche, chronisch entzündliche Infiltration des subepithelialen Bindegewebes der Urethra und des Caput gallinaginis, am letzteren mit Zeichen akuter Entzündung (polynukleäre Leukocyten), teils ein desquamativer, teils desquamativ eiteriger, teils rein eiteriger Katarrh der Drüsen der Urethra, des Caput gallinaginis und zahlreicher prostatischer Drüsen, ohne periglanduläre Wanderkrankung.

Fall IX. Resumé. Proliferation und Desquamation des noch als Cylinderepithel erhaltenen Epithels der Urethra posterior. Das Epithel des Caput gallinaginis in vielschichtiges Plattenepithel umgewandelt. Oberflächliche subepitheliale, aus mononukleären Rundzellen und epitheloiden Zellen bestehende Infiltration der Schleimhaut der Urethra und des Caput gallinaginis. Katarrhalische Desquamation und Proliferation des Epithels der Drüsen der Urethra. Desquamativer und desquamativ eiteriger Katarrh

ahlreicher Drüsen des Caput gallinaginis und der Prostata ohne periglanduläre Erkrankung des Bindegewebes. Narbige Obliteration des Ausführungsganges des linken Ductus ejaculatorius mit konsekutiver bedeutender Erweiterung desselben.

Fall X. Resumé. Katarrhalische Desquamation und Proliferation des noch als Cylinderepithel erhaltenen Epithels der Urethra posterior. Das Epithel am Caput gallinaginis in vielschichtiges Plattenepithel umgewandelt. Oberflächliche subepitheliale, dichte, aus mononukleären Rundzellen und epitheloiden Zellen bestehende Infiltration der Schleimhaut von Urethra und Caput gallinaginis mit dichterer Anhäufung um die oberflächlichen Drüsen und stellenweise Gruppierung zu Knötchen. — Umwandlung des subepithelialen Bindegewebes am Caput gallinaginis an einer scharf begrenzten Stelle in eine lineare, quere, die Mündung von Caput gallinaginis, Ductus ejaculatorii und einigen prostatischen Drüsen verschliefsende Narbe. Katarrhalische Desquamation und Proliferation des Epithels der Drüsen der Urethra. Rein desquamativer Katarrh zahlreicher Drüsen des Caput gallinaginis und der Prostata ohne periglanduläre Veränderungen. Obliteration der Mündung der Ductus ejaculatorii und des Utriculus mit konsekutiver Erweiterung von deren Lumen, Proliferation des Epithels, Infiltration der Wand. In den Ductus ejaculatorii kapillare, subepitheliale, sowie Hämorrhagien in das Lumen.

Von Fall XI. konnte die mikroskopische Untersuchung der Pars posterior nicht vorgenommen werden.

Makroskopisch zeigt die Schleimhaut der Urethra innerhalb der Pars prostatica in den einen Fällen eine mehr oder weniger starke papilläre Auflockerung, namentlich in der Umgebung des Caput gallinaginis und noch über diesem selbst, in anderen Fällen dagegen ist eine Verdickung, schwielige Degeneration, Bildung derben Gewebes zu konstatieren. Das Caput gallinaginis erscheint meist vergöfsert, aber nicht als ein einziger glatter Höcker, sondern besteht aus mehreren, seichten Höckerchen mit dazwischenziehenden seichten Depressionen.

Am Caput gallinaginis sind ferner auffallend die Narben-, resp. Schwielenbildungen, welche in einzelnen Fällen die Ductus ejaculatorii und die Mündung des Utriculus verschliefsen.

Das Prostatasekret erschien in einzelnen Fällen dünnflüssig, milchig; in anderen fiel es durch seine dickere Konsistenz, seine sattweise Farbe auf und enthielt mikroskopisch viel Epithelzellen, daneben auch polynukleäre Leukocyten.

Verfasser unterzieht im folgenden die sich aus den Resumés ergebenden Veränderungen des Epithels, des subepithelialen Bindegewebes, der Drüsen, des Utriculus und der Ductus ejaculatorii einer eingehenden, zusammenhängenden Betrachtung und schliefst mit nachstehenden Sätzen:

1. Der chronische Tripper der Pars posterior stellt sich uns gleich dem der Pars anterior im wesentlichen dar als eine chronische Entzündung des subepithelialen Bindegewebes, die zwei Stadien durchläuft. Ein erstes Stadium der Infiltration, der Bindegewebsneubildung; ein zweites Stadium der Schrumpfung und Schwielenbildung.

2. In die obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes lokalisiert, verläuft der Proceſs auch der Hauptsache nach in diesen. Doch vermag die chronische Bindegewebsneubildung sich an und um Drüsen, um den Utriculus, die Ductus ejaculatorii in bedeutende Tiefe fortzusetzen und, indem sie auch hier in das zweite Stadium der Schrumpfung übergeht, wesentliche Veränderungen der Wand der genannten Drüsen und Drüsenausführungsgänge zu bedingen.

3. Neben diesen für den Proceſs essentiellen Veränderungen haben wir noch

zwei weitere Reihen von Erscheinungen zu nennen, die sich teils als komplikatorische, teils als konsekutive darstellen.

4. Als komplikatorisch ist aufzufassen die Erkrankung der Drüsen der Urethra, des Caput gallinaginis, der Prostata, die wieder teils als ein desquamativer, teils als desquamativ eiteriger Katarrh abläuft. Ebenso die katarrhalische Erkrankung der Schleimhaut der Urethra.

5. Die konsekutiven Erscheinungen sind bedingt durch die im subepithelialen Bindegewebe erfolgende Schwielenbildung. Hierher gehört die Umwandlung des Cylinderepithels der Urethra und des Caput gallinaginis in Plattenepithel, die Zerstörung der Lakunen und oberflächlichen Drüsen, die Obliteration der Mündung des Utriculus und der Ductus ejaculatorii.

III. **Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis**, von Z. Krówczyński-Lemberg.

Calderon soll ein Mittel zur Vorbeugung der Syphilis besessen haben, hat dasselbe jedoch zum Schaden der Menschheit niemals veröffentlicht. Boeck hat ebenfalls auf die prophylaktische Behandlung der Syphilis abzielende Versuche angestellt, ohne aus den Resultaten positive Schlüsse ziehen zu können. — Nachdem K. in früheren Jahren wiederholentlich Impfungen an Tieren vorgenommen, aber stets negative Resultate erhalten hatte, entschloſs er sich, an Menschen Impfversuche mit dem Sekrete weicher Schanker anzustellen, und zwar geleitet durch zwei Thatsachen, einmal, daſs das Sekret weicher Schanker, sowie das recenter Syphilisformen alkalisch reagierte, und zweitens, daſs weiche Schanker, vorzüglich aber primäre, syphilitische Geschwüre in der Scheide wahrscheinlich deshalb zu den gröſsten Seltenheiten gehören, weil das normale Scheidensekret sauer reagiert. Hieraus schloſs K., daſs das Mittel, welches die Ansteckung verhindern sollte, sauer reagieren müſste, welches stark desinficierende Eigenschaften besitze, ohne dem Organismus durch seine kaustische Wirkung Schaden zu bringen. Diesen Anforderungen entspricht das Hydrogenium peroxydatum, welches fabrikmäſsig in 3%iger Lösung angefertigt wird. Demselben setzte K. bei seinen Experimenten ½% Salzsäure zu. Bei der Mischung entsteht immer ein mehr oder weniger starkes Aufschäumen, das um so stärker ist, je frischer das Wasser, resp. die Solutio Hydrogenii peroxydati ist.

Die Impfungen wurden an drei verschiedenen, vorher gut gereinigten Stellen des Vorderarmes der mit weichem Schanker oder Syphilis behafteten Personen vorgenommen. Als Impfmaterial diente das Sekret des weichen Schankers, welches mit 1, 2, höchstens 4 Tropfen mit Salzsäure angesäuertem, auf einem Uhrglase vorbereitetem Hydrogenium peroxydatum vermischt war. Von 15 derartigen Impfungen verliefen 14 vollständig resultatlos. Es entstand kein weicher Schanker, und nach einigen Tagen war jede Spur der Skarificierung verschwunden. Die Impfungen jedoch, welche an denselben 14 Individuen mit reinem unvermischten Schankersekret vorgenommen worden waren, ergaben ein positives Resultat. Ein Fall wurde mit Hydrogenium peroxydatum, das nicht mit Salzsäure, sondern mit Kalilauge vermengt war, geimpft. Das Resultat war ebenfalls ein positives.

Impfungen mit dem Sekrete primärer, syphilitischer Affektionen oder nässender Kondylome verliefen bei Zusatz von angesäuertem Hydrogenium peroxydatum vollständig reaktionslos.

Zwei gesunde Ärzte lieſsen sich, trotz der Gegenvorstellungen K.'s, das mit 3 Tropfen angesäuerten Hydrogenium peroxydatum vermischte Sekret eines frischen, syphilitischen Geschwürs, das bei gleichzeitig allgemeiner Syphilis bestand, einimpfen Die Impfungen verliefen resultatlos, die opfermutigen Ärzte blieben in der Zukunft ganz gesund. K. will aus diesen zwei Fällen noch keine positiven Schlüsse ziehen.

Sollte es sich jedoch ergeben, dafs mit Salzsäure angesäuertes Hydrogenium peroxydatum, unmittelbar vor dem Coitus angewandt, vor Ansteckung schützt, so wäre dies „eine Errungenschaft, welche das Unheil, das aus der Prostitution erwächst, leichter als alle bisher gebrauchten Mittel abkürzen könnte".

IV. **Über typische und atypische Psoriasis**, von O. ROSENTHAL-Berlin.

Die vorliegende Arbeit ist nach einem auf dem II. internationalen Dermatologen-Kongresse in Wien gehaltenen Vortrage des Verfassers angefertigt, das Thema in erweitertem Umfange und in erschöpfendster Weise behandelt.

Wir verweisen die Leser der Monatshefte auf das diesbezügliche Referat in unserem Originalbericht über den II. internationalen Dermatologen-Kongrefs (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. XV. S. 445.)

V. **Über die Behandlung von Syphilis mittelst Überstreichens — nicht Einreibens — mit Merkurialsalbe**, von EDVARD WELANDER-Stockholm.

Nachdem Verfasser in einer früheren Arbeit in 130 Fällen nachgewiesen hat, dafs bei Überstreichen der Merkursalbe nach 20, 25 bis 30 Tagen eine höchst bedeutende Absorption von Hg stattfindet, will er in der vorliegenden die Fragen erörtern: Kann man diese Überstreichungen mit Merkurialsalbe nicht als eine Behandlungsmethode gegen Syphilis anwenden? Ist man nicht berechtigt, von dieser Anwendungsweise von Quecksilber gegen Syphilis ein günstiges therapeutisches Resultat zu erwarten?

W. hat 135 Fälle (75 Männer und 60 Frauen) mit Hg-Überstreichungen behandelt, und zwar in der Weise, dafs er mittelst eines Spatels oder eines Papiermessers oder dgl. 6 g Ung. cin. (1 Teil Hg zu 2 Teilen Fett) an verschiedenen Körperteilen in der von SIGMUND für die Schmierkur angegebenen Reihenfolge ausbreiten und unmittelbar darauf die beteiligten Partien mit einem leinenen Tuche überbinden liefs, damit das Bett nicht beschmutzt werde. Die Überstreichungen wurden am Nachmittage oder am Abende ausgeführt. Am Morgen darauf erhielten die Patienten ein 10—15 Min. währendes Reinigungsbad (von etwa 35° C.). Den Tag über durften sie aufser dem Bette zubringen und in freier Luft sich bewegen. Sobald sie ihre Überstreichungen bekommen hatten, durften sie sich in ein warmes Bett legen, in welchem sie jedoch nicht in Schweifs geraten sollten.

Für 79 von diesen 135 Patienten war dieses die erste, für 29 die zweite, für 22 die dritte und für 2 die vierte Hg-Behandlung. — In 12 Fällen wurde wegen der schweren, tertiären Erscheinungen auch Jodkalium gleichzeitig gegeben. Diese Fälle scheiden bei der Beurteilung der Resultate aus, ebenso wie diejenigen, welche von Beginn der Behandlung an keine Symptome gezeigt hatten (8 an der Zahl).

In den übrigen 115 Fällen sind die syphilitischen Symptome, die bei den einzelnen Patienten von ganz verschiedener Beschaffenheit waren, in der Regel bald verschwunden, und das Ergebnis der Behandlung nur mit Überstreichungen der Merkurialsalbe erwies sich ungefähr ebensogünstig, wie dasjenige, welches W. nach irgend einer anderen kräftigen Hg-Behandlung hätte erwarten können.

Vier der behandelten Fälle waren schwanger. Verfasser glaubt, dafs die Behandlung auf die Frucht in utero einen günstigen Einfluss ausüben könne. Die Ansicht wird an der Hand zweier Fälle ausführlich begründet.

Was die Recidive betrifft, so vermochte die Behandlung mit Überstreichungen das Auftreten derselben nach dem ersten Ausbruche der Syphilis nicht zu verhindern. Langjährige Erfahrungen haben jedoch den Verfasser gelehrt, dafs in mehr als 80% auch bei anderen Methoden selbst nach der kräftigsten Hg-Behandlung die Recidive nicht ausbleiben. Die Recidive nach Überstreichungen traten jedoch mit wenigen Ausnahmen gelinde auf.

Bezüglich der Remanenz des Quecksilbers nach Überstreichungen im Vergleiche zu derjenigen bei anderen Behandlungsmethoden, so hat W. gefunden, dafs nach Einspritzungen von Oleum cinereum und Thymolquecksilber eine bedeutende Menge Hg mehrere Wochen, nach Sublimateinspritzungen eine kürzere Zeit und nach Einspritzungen von anderen löslichen Salzen, z. B. benzoesaurem Quecksilber, eine noch kürzere Zeit remaniert. Die Untersuchungen bezüglich der Remanenz des Quecksilbers nach Einreibungen von Salbe sind deshalb nicht hinreichend beweisend, weil nicht alle Salbe in die Haut eingerieben wird, sondern ein Teil auf der Haut aufgestrichen bleibt. Nach Überstreichungen remaniert das Quecksilber nicht so lange, wie nach Einspritzungen mit Oleum cinereum und Thymolquecksilber, doch etwas länger als nach Sublimateinspritzungen und zumeist viel länger, als nach einer innerlichen Behandlung mit Pillen.

Aus allem geht hervor, dafs die Behandlung mittelst Überstreichungen mit Merkurialsalbe eine recht kräftige Behandlungsmethode ist.

Was die Nebenwirkungen betrifft, so zeigten sich von 135 Fällen nur bei 9 Hautreizungen; Darmaffektionen traten gar nicht auf, Stomatitis, Nierenreizungen nicht mehr, als bei anderen Behandlungsmethoden.

Vor der Einreibungsmethode hat die Behandlung mit Überstreichungen, ganz abgesehen von der bequemeren Applikation, den Vorteil voraus, dafs sie auch bei Personen mit empfindlicher Haut, bei herabgekommenen Individuen, ohne Hautreizung hervorzurufen, angewendet werden kann. — Die bisher aus dieser Behandlung gewonnenen günstigen Resultate sind noch nicht hinreichend, um dieselbe allen anderen voranzustellen.

Weitere Erfahrungen in der Zukunft werden zeigen, ob die Behandlung mit Überstreichungen es verdient, mehr allgemein oder nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen.

VI. **Beitrag zur Pathogenese der Verbrennung**, von W. Reiss-Wien.

Verfasser bespricht eingangs die Theorien über die Todesursache bei Verbrennungen. So betrachtet unter anderen Welti als Todesursache die Thrombosierung der Kapillargefäfse im Gehirn, Magen und in der Niere. Silbermann glaubt, dafs solche Thromben am zahlreichsten in der Lungenschlagader noch zu Lebzeiten auftreten und infolgedessen der Entleerung der rechten Herzkammer Widerstand leisten. Tappeiner und mit ihm andere Autoren nehmen als Todesursache Eindickung des Blutes auf Kosten des Serums an, welches der Organismus bei Verbrennungen in grofsen Mengen verliert. Foà sieht als Todesursache die Autointoxikation durch Fibrinferment an. Dieses soll durch Zerfall der hochgradig erhitzten Blutkörperchen entstehen und Thromben im Herzen, Hämorrhagien im Darmtractus, Nieren- und Leberinfarkte zur Folge haben. Eine andere Theorie führt den oft wenige Stunden nach der Verbrennung eintretenden Tod auf Shock zurück. — Lustgarten glaubt, dafs der Tod bei Verbrennungen die Folge einer Intoxikation durch Ptomaine wäre, die auf Grund der Koagulationsnekrose aus den bei genügender Quantität Wassers sich entwickelnden Fäulnisbakterien entstehen und zu der Gruppe der Trimethylamine gehören. Die Wirkung dieser Toxine soll nach Lustgarten analog derjenigen des Muskarins sein. Therapeutisch müfsten deshalb namentlich trockene und Wasser aufsaugende Verbände, wie Magnesia, Gypsum bituminatum mit Zusatz von antiseptischen Mitteln, in Anwendung kommen.

Bei allen diesen Theorien ist der schädliche Einfluſs der bei Verbrennung von organischen Substanzen entstehenden Gase nicht berücksichtigt worden. Bei Verbrennungen wird mit anderen Produkten eine beträchtliche Quantität von pyrogenen Substanzen ausgeschieden, deren toxische Eigenschaften allgemein anerkannt sind.

Verfasser hat daraufhin die Exkrete von Verbrannten systematisch untersucht und teilt in der vorliegenden Arbeit das Ergebnis seiner Untersuchungen mit. Als Untersuchungsobjekt diente hauptsächlich der Harn solcher Patienten. Um die toxischen Eigenschaften desselben zu beweisen, wurden etwa 3—5 Teilstriche einer Pravaz'schen Spritze weifsen Mäusen und Meerschweinchen injiciert. Dieselben verfielen bald zuerst in einen soporösen, dann komatösen Zustand und verendeten. Somit besafs der Harn zweifellos giftige Eigenschaften; es war nun zu beweisen, dafs dieselben den im Harn enthaltenen brenzligen Substanzen zugeschrieben werden können. Die darauf gerichteten Untersuchungen und Tierexperimente ergaben, dafs der alkoholische Extrakt aus den durch die Verbrennung von Serumalbumin gewonnenen Produkten ganz ähnlich toxisch wirkte, wie der alkoholische Harnextrakt; weniger stark wirkte bei beiden der wässerige, und ganz indifferent war der ätherische Extrakt. Zahlreiche weitere Untersuchungen, Versuche und Vergleiche, die im folgenden eingehend beschrieben werden, veranlafsten den Verfasser, anzunehmen, dafs die bei Verbrennungen in Frage kommende giftige Substanz ein organischer, stickstoffhaltiger, der Gruppe der Pyridinbasen angehörender Körper sei.

Verfasser hebt am Schlusse seines Aufsatzes hervor, dafs er weit davon entfernt sei, die klinischen Erscheinungen in allen Fällen von Verbrennungen auf die toxische Wirkung der brenzligen Produkte zurückzuführen; vielmehr bezögen sich seine Untersuchungen und Ergebnisse hauptsächlich auf solche Fälle, deren Verlauf weder durch Shock noch durch Sepsis oder irgend eine andere Komplikation erklärt werden kann.

VII. **Beobachtungen über Infektionen mit dem Favuspilze**, von Julius Folly-Wien.

Verfasser hatte Gelegenheit, im Mai 1892 einige interessante Fälle von Übertragung von Favus zu beobachten.

Die Infektionsfälle, sechs an der Zahl, worunter drei Krankenwärterinnen sind, werden näher beschrieben. Die durch die Invasion des Favuspilzes auf der Haut hervorgerufenen krankhaften Erscheinungen waren bei den sechs Inficierten verschieden. Bei drei derselben kam es zur Entwickelung des sogenannten herpetischen Vorstadiums mit mäfsigen Entzündungserscheinungen und Epidermisabschuppung. In einem Falle waren die Entzündungserscheinungen sehr heftig, so dafs es auch zur Eiterbildung an den Harnfollikeln kam. In zwei Fällen kam es sehr bald nach dem Auftreten der ersten entzündlichen Erscheinungen zur Bildung von Scutulis.

Auch bei Impfversuchen mit Favus und Trichophytonreinkulturen hat Verfasser die Beobachtung gemacht, dafs bei verschiedenen Personen verschieden starke Veränderungen an den Impfstellen auftreten. Von Interesse ist ferner hierbei die Beobachtung, dafs nach der Impfung ein Zeitraum von 2—3 Wochen verfliefst, bevor die stärkeren entzündlichen Veränderungen an der Impfstelle hervortreten.

Die Behandlung des Favus besteht im Aufweichen und mechanischem Entfernen der Favusmassen, in der Anwendung von parasiticiden Mitteln (Sublimat, Pyrogallussäure, Chrysarobin etc.) und in täglicher Epilation der im Bereiche der Krankheitsherde sitzenden lockeren Haare. Die Epilation wird von den Wärterinnen in der Weise vorgenommen, dafs sie die erkrankten Haare mit den Fingern ausrupfen.

VIII. **Über einen eigentümlichen mikroskopischen Befund bei einem Falle von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose.** Offener Brief an die Redaktion, von K. Touton, Wiesbaden. Das in No. 2 der *Münchener medic. Wochenschrift* über diesen Fall Mitgeteilte wird, weil dort ungenau und fehlerhaft

wiedergegeben, in dem vorliegenden offenen Briefe im wesentlichen noch einmal wiederholt.

Wir haben über den Fall selbst gelegentlich unseres Berichtes über die Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Leipzig, September 1891, bereits referiert.[1]

Der mikroskopische Befund war folgender:

1. In den zwischen den durch Alkohol entfärbten roten Blutkörperchen oft recht reichliche Leukocyten enthaltenden Blutgefäßen, den Leukocyten naheliegend, sowie in den Lymphspalten zu Trauben gruppierte, durchschnittlich $^1/_4$—$^1/_5$ eines roten Blutkörperchens messende, aber auch kleinere, durchweg homogene, oft stark glänzende Kügelchen.

2. Einzellige, runde oder stumpf ovale, auch eiförmige, seltener etwas eckige oder mit einem stumpfen Fortsatz versehene Gebilde zwischen den Sarkomzellen liegend, dieselben durchschnittlich um das 4—5fache an Inhalt übertreffend, welche von einer buckligen Kontur umschlossene, maulbeerförmig angeordnete Konglomerate der unter 1 beschriebenen Kügelchen darstellen. Der von letzteren freigelassene Raum wird von dem in seiner Form durch die Eindrücke der Kügelchen mannigfach veränderten Kerne eingenommen.

3. Große, kugelige oder längliche, häufig zu zweien (oder dreien) zusammenliegende, an der Peripherie gestreckte, Kerne tragende und von einer deutlichen, zum Theil gefärbten Kontur umgebene schollige Körper, welche an der Berührungsfläche abgeplattet sind. Diese werden bis doppelt so groß, wie die unten 2 genannten Gebilde. Sie sind durchaus homogen und glänzen meistens.

Die unter 2 und 3 erwähnten Kerne nehmen stets dieselbe Färbung, wie die übrigen Sarkomzellenkerne an.

T. glaubt, daß es sich bei diesen Gebilden um in der Anordnung und in Beziehung zu den Zellen allerdings ein wenig abweichende „Russelsche Körperchen" handle.

Weitere Untersuchungen über diese Gebilde und die Natur derselben stehen bevor.

IX. **Zur Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems**, von P. Kowalewsky-Charkow.

Verfasser, Neurolog, hat mehrere Jahre in dem von Luetikern stark frequentierten Schwefelbade Piatigorsk (Kaukasus) prakticiert und hier Gelegenheit gehabt, reiche Erfahrungen bezüglich der Behandlung der Lues des Nervensystems zu sammeln.

Bei der Behandlung der Syphilis des Centralnervensystems ist es durchaus nötig, außer der Syphilis auch die anderen Krankheit verursachenden Momente im Auge zu behalten. Nicht nur die Therapie, sondern auch die Prognosis jedes einzelnen Falles wird danach einzurichten sein. Es ist nicht einerlei, ob eine Hirnsyphilis einzig und allein auf Lues zurückzuführen ist, oder ob vielleicht noch eine psycho-pathologische Heredität vorliegt; der letztere Umstand verschlechtert die Prognose sehr wesentlich. In anderen Fällen spielen in ursächlicher Beziehung neben der Syphilis, Alkoholismus, Tabakexcesse, Excesse in venere, anstrengende geistige Beschäftigung, Traumen u. s. w. eine große Rolle. Beachtet man diese nicht, so darf man sich nicht über die Erfolglosigkeit so mancher Hirnluestherapie mit specifischen Mitteln wundern. Ferner ist zu beachten, daß jeder Fall von Hirnsyphilis einen komplicierten Proceß vorstellt, und zwar einen Fremdkörper im Cranium und Alteration des Nervensystems als Folge der syphilitischen Erkrankung.

---

[1] Vergl. *Monatshefte f. prakt. Derm.*, Bd. XV. S. 566.

Merkur und Jod vernichten wohl das syphilitische Contagium, vernichten auch den gummösen, diffusen Processs, vielleicht auch solitäre Gummata, aber Unsere Verluste der Nervensubstanz, Zerstörungen durch sklerotische Processe sind durch die beiden specifischen Mittel nicht wieder zu reparieren. Aus diesem Grunde unterscheidet K. bei der Behandlung der Hirnsyphilis streng die Methoden zur Beseitigung der rein syphilitischen, pathologischen Veränderungen und der Nervenalterationen, welche der syphilitischen Erkrankung nachfolgen und die Anwendung der speciellen Therapiemethoden der Nervenkrankheiten fordern.

Verfasser erörtert im folgenden die Frage: Ist der Merkur ein specifisches Mittel gegen das syphilitische Contagium oder gegen die syphilitischen Bildungen? Die Meinungen der Autoren gehen scharf auseinander. Verfasser stellt folgende Hypothese auf: Der Merkur besitzt zweifellos eine besondere Affinität zu den Albuminaten des Organismus. Bei gehörig reichlicher Einführung des Merkurs in den Organismus mufs es die Zerstörung albuminöser Gewebe verschiedener Teile des Organismus bewirken. Dabei unterliegen natürlich zuerst und am stärksten der Zerstörung die Gewebe, welche zur Zeit als die weniger widerstandsfähigen erscheinen. In dieser Lage befinden sich die neu gebildeten, besonders aber pathologisch albuminösen Gewebe — auf sie also wird sich die Wirkung des Merkurpräparates besonders richten. Das syphilitische Contagium selbst aber wird nur so weit vernichtet, als es im Zusammenhang mit den pathologischen Formbildungen steht, welche durch das eingeführte Quecksilber zerstört worden sind.

Verfasser verschreibt bei Inunktionskuren in akuten Fällen 4—6 g Unguentum cinereum pro die, in subakuten Fällen 4 g, in chronischen Fällen lange Zeit fortgesetzte Friktionen zu 1—2 g pro die. In Kurorten, wie Piatigorsk, Aachen, können die Friktionen unter Unterstützung der Schwefelbäder viel länger und deshalb auch mit besserem Enderfolge fortgesetzt worden, als aufserhalb derselben zu Hause.

Wo gröfsere Pakete von lymphatischen Drüsen vorhanden sind, läfst Verfasser einen Teil der Merkursalbe vorsichtig in die Region dieser Drüsen täglich einreiben.

Zu subkutanen Einspritzungen konnte K. wegen der häufigen mit denselben verknüpften Unannehmlichkeiten sich viel weniger entschliefsen. In Fällen von syphilitischer Periostitis, Ostitis etc. verschreibt K. Emplastrum Hydrargyri auf die pathologische Bildung und oft mit gutem Erfolge.

Auch Decoctum Zittmanni fortius verschreibt K. gern, weil dasselbe einmal vernichtend auf die syphilitische Neubildung wirkt und zweitens die Aktivität der Haut-, Nieren- und Darmfunktion steigert, also die raschere Entfernung der schädlichen Produkte befördert. Zu diesem Mittel greift K. besonders in Fällen von chronischen gummösen Processen, besonders von Hirngummata.

Das zweite, wichtigste Mittel bei der Behandlung ist das Jod. Verfasser zieht das Jodnatrium dem Jodkalium vor. Bei Kranken mit stark verlangsamtem Stoffwechsel und mit Neigung zu Arthritis empfiehlt K. Lithium jodatum. Von Natrium jodatum verordnet K. seinen Patienten, im Beginn 0,5 g früh und abend, in einer grofsen Quantität Milch oder Wasser einzunehmen; sodann wird jeden Tag oder jeden zweiten Tag um 0,3—0,5 g bis zu 12 g pro die gestiegen, diese Dosis 7 bis 10 Tage hintereinander eingenommen. Hierauf werden die Dosen allmählich verkleinert. Selbstverständlich ist hierbei der Herz- und Nierenthätigkeit, sowie dem Zustande des Darmkanals grofse Aufmerksamkeit zu schenken.

Verfasser bespricht sodann die Wirkung der Schwefelbäder, wie Aachen Piatigorsk, Abastuman, als antisyphilitisches Heilmittel. Die Mehrzahl der Ärzte, welche in ihrer Praxis diese Bäder angewendet haben, werden ihre mächtige Wirkung als Hülfsmittel bei der Syphilisbehandlung

nicht verneinen. Diese Wirkung der Schwefelbäder besteht nach Ansicht des Verfassers in ihrer Fähigkeit, den Stoffwechsel zu beschleunigen. Verfasser denkt sich die Wirkung der Schwefelbäder bei der Syphilisbehandlung als eine dreifache:

1. Sie befördern das Entfernen des Merkurs aus dem Organismus und erlauben dadurch längere Zeit Merkur zu gebrauchen;

2. sie befreien den Organismus von den Produkten des Stoffwechsels, welche sich unter Wirkung der antisyphilitischen Kur bilden;

3. sie treiben auch das syphilitische Contagium aus. Solcher Einfluſs der Schwefelbäder ist teils auf der Wirkung des SH_2, welches den Stoffwechsel beschleunigt und steigert, teils aber auf der thermischen Eigenschaft dieser Bäder begründet, und diese Einwirkung wird desto stärker, je mehr das Wasser SH_2 enthält, und je höher seine Temperatur ist.

Verfasser verschreibt tägliche Schwefelbäder, mit 27° R. beginnend und jeden Tag um 1° bis auf 32° steigend, sodann wieder allmählich zu 27° zurückkehrend.

Neben der antisyphilitischen Behandlung müssen gewisse Symptome seitens des Nervensystems noch mit den hierfür zu Gebote stehenden Mitteln bekämpft werden, beispielsweise der Kopfschmerz mit Kokain, Antifebrin, Antipyrin, Phenacetin, Kodein, oder besser wirken in diesen Fällen Laxativa, Cardiaca und Sedativa, noch wirksamer sind Derivantia ad nucham, wie Sinapismen, spanische Fliegen und Thermokauterisation; die hereditäre syphilitische kortikale Epilepsie mit Bromaten in Dosen von 1—1,2 g pro die; die erworbene luetische Epilepsie mit Bromaten und Elektricität; Paralysen mit Massage, Gymnastik und Elektricität, welche als konstanter Strom auf den Kopf und Faradisation der paralysierten Extremität in Anwendung kommt. Verfasser bespricht weiter die Atrophia N. optici, die psychischen Störungen auf luetischer Basis und zuletzt die syphilitische Tabes, deren Behandlung einmal eine specifische, sodann eine antinervöse sein muſs. Die specifische Behandlung besteht im Gebrauche von Jod und Merkur, die antinervöse in Thermokauterisation, Suspension, Elektrisierung, Massage, Gymnastik. Die antiluetische Behandlung der Tabes dorsalis und der Paralysis progressiva ist besonders in Verbindung mit Schwefelbädern von sehr wesentlichem Nutzen. Verfasser begründet diese seine Behandlung auch durch Bemerkungen über die diesbezügliche Litteratur. *C. Berliner-Aachen.*

Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes, von A. von Winiwarter. (*Deutsche Chirurgie.* Lieferung 23. — Ferdinand Enke. Stuttgart 1892.) Von zwei Seiten sucht man das Gebiet der Dermatologie zu schmälern: Auf der einen legt die innere Medicin einen erheblichen Teil der Hautleiden mit Beschlag, auf der anderen annektiert die Chirurgie eine nicht unbedeutende Zahl von Hautaffektionen. Nur relativ wenige Krankheiten bleiben der Dermatologie unbestritten. Was beweist das? Wird dadurch die Berechtigung der Dermatologie als selbstständige Disciplin in Frage gezogen? Keineswegs! Aber als einen lebhaften Mahnruf müssen die Dermatologen diesen Umstand ansehen, nach beiden Seiten gerüstet zu sein, sich mit einer eingehenden Kenntnis innerer Leiden und der Chirurgie zu wappnen, ihr Wissen zu einem vielseitigen zu gestalten, nicht zu sehr „Specialisten" zu werden.

Dieses Mal ist es ein Buch aus der Hand eines Chirurgen, das die Hautaffektionen rörtert, wobei allerdings der Begriff „chirurgische" sehr gedehnt erscheint, denn wir begegnen so manchem Leiden, daſs dem Operateur nur wenig oder gar nichts zu thun giebt Es ist aber ein eingehendes, gediegenes Werk, das hier vorliegt; genaue theoretische Erwägungen, detaillierte praktische Angaben, sie werden beide nicht vermiſst, und

man kann vieles aus demselben lernen. Nach einer Besprechung der „Verletzungen der Haut“ folgen die „Anomalien der Blutverteilung“, umfassend die lokale Hyperämie, Anämie und Hämorrhagie. — Die „akuten Entzündungen der allgemeinen Decke, der Haut und des Subkutangewebes“ werden eingeteilt in A. Entzündungen mit serösem Exsudat und von desquamativem Charakter, erythematöse Entzündungen, zu denen die erythematöse Dermatitis (nicht progressive Form) und das Erysipel und das Erysipeloid zählen; B. Entzündungen mit plastischem Exsudat und destruktivem Charakter, phlegmonöse Entzündungen, zu denen gehören die Phlegmone (Schichtenphlegmone — Auspitz), bald circumskript, bald diffus auftretend, und die Entzündungen der Hautdrüsen (Herdphlegmone — Auspitz): Akne, Furunkel, Karbunkel. — Verfasser unterscheidet Talgdrüsen- und Schweifsdrüsen-Furunkel und stellt besonders die Prognose der Gesichtsfurunkel auch quoad vitam als bedenklich hin, wenn man nicht zeitig incidiert.

Die Gangrän der Haut und des subkutanen Gewebes umfafst den Dekubitus, die symmetrische Gangrän (Raynaud), die diabetische Gangrän, die senile und marastische Gangrän, die embolische und thrombotische Gangrän, die Noma.

Die chronischen Entzündungen der Haut und des Subkutangewebes werden eingeteilt in:

1. Nichtinfektiöse chronische Entzündungen: die Geschwüre der Haut, die Elephantiasis und Sklerodermia.

2. Infektiöse chronische Entzündungen: Lupus vulgaris, Tuberculosis cutis, Scrophuloderma. Anhangsweise wird die Mycosis fungoides besprochen.

Die Neubildungen der Haut und des Subkutangewebes umfassen: 1. die einfachen Hyperplasien der Haut ohne Papillarhypertrophie (Tyloma, Clavus, Cornu cutaneum) und mit Papillarhypertrophie (Keratosen, Verruca, Kondylome, Verruca senilis, Keloid); 2. die echten Geschwülste der Haut: A. Desmoide (Fibrom), Lipom, Angiom, Lymphangiom, Myom, Neurom, Myxom, Lymphom, Naevi pigmentosi, Sarkom; B. epitheliale, Molluscum contagiosum, Adenome, Dermoide, Carcinome. Als Anhang werden die Narben besprochen.

Den Schlufs bilden die „Fremdkörper in der Haut und im Subkutangewebe“: A. Fremdkörper im gewöhnlichen Sinne, gasförmige, tropfbar flüssige, feste. B. Die in der Haut und dem Subkutangewebe vorkommenden Parasiten, tierische im reifen Zustand oder im unreifen: Ixodes, Cysticercus cellulosae, Echinococcus, Distoma hepaticum, Filiaria, Dipterenlarven, Leptus autumnalis.

Mag die Einteilung nicht immer in Übereinstimmung mit der bei den Dermatologen üblichen sein, so ist deshalb die Bearbeitung des Stoffes eine sehr gediegene. Jeder Dermatologe kann durch Lektüre des Buches nur gewinnen, ohne dafs dasselbe auch für die Anschauungen über das Wesen der Processe und die Therapie wesentlich neues brächte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch von L. Lewin. Zweite, vollständig neu bearbeitete Auflage. August Hirschwald, Berlin 1893. Das umfangreiche Werk ohne jede Konkurrenz — eine Seltenheit in unserer produktiven Zeit — hat schnell eine zweite Auflage erlebt, die in jeder Beziehung auch eine verbesserte ist. Für jeden, der sich über die nicht seltenen Nebenwirkungen von Arzneimitteln informieren will, wird es wohl ein unentbehrliches Nachschlagebuch bleiben. Alle neueren Medikamente finden Berücksichtigung, was um so dankenswerter ist, als gerade bei ihnen oft unerwartete Folgezustände eintreten. Jeder, der ein ihm bisher unbekanntes Medikament zur Anwendung bringt, sollte sich in diesem Buche erst Rat holen, damit er weifs, was er unerwünschtes zu

gewärtigen hat. Sonst kann man leicht unangenehme Überraschungen erleben. So ist, um ein Beispiel herauszugreifen, das Ichthyol in starker Koncentration ein ekzematofores Mittel, was ja nach Unnas Arbeit über die reducierenden Mittel verständlich ist. Man muſs das wissen und zu vermeiden suchen. — Die Nebenwirkungen, soweit sie sich auf der Haut äuſsern, finden eine eingehende Besprechung, den Dermaticis ist ein besonderes Kapitel gewidmet.

So wird denn diese Auflage wohl noch nicht die letzte sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Index bibliographicus syphilidologiae. 5. Jahrgang. Die Litteratur des Jahres 1890. Bearbeitet von Karl Szadek in Kiew. (Hamburg 1893, Leopold Voss.)

Es hieſse Eulen nach Athen tragen, wenn wir dem Buche, das uns schon fünf Jahre lang als treuer Ratgeber zur Seite gestellt wird, Empfehlungen auf den Weg geben wollten. Dies Werk empfiehlt sich schon durch sich selbst. Wer sich etwas tiefer in dasselbe versenkt, wird dem Verfasser, der unverdrossen Jahr für Jahr nicht nur die Litteratur der Syphilidologie, sondern auch der Dermatologie sammelt und systematisch zusammenstellt, seine Bewunderung nicht versagen können. Aber nicht nur die Urquellen sind angegeben, sondern auch die Referate und Kritiken über syphilidologische Artikel in den besseren und bekannteren Zeitschriften, so daſs, falls einmal eine Arbeit nicht im Original aufzutreiben ist, man sofort weiſs, wo ein gutes Referat über dieselbe zu finden ist. Auch dieser Umstand macht das Werkchen noch ganz besonders wertvoll. Wenn man den Umfang des ersten Jahrganges mit dem des fünften vergleicht, so sieht man, daſs die Litteratur über Syphilis um 50% in den letzten vier Jahren gewachsen ist. Man hat sich also nicht zu beklagen, daſs heutigestags zu wenig geschrieben wird. *P. Taenzer-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Die Durchgängigkeit der Haut für Mikrobien, von B. Wasmuth. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. No. 23. 24.) Verfasser gibt zunächst die einschlägige Litteratur wieder, die Versuche von Bockhart und Garrè, welcher letztere bei sich Furunkulose durch Einreibung von Staphylococcus aureus erzeugte, Schimmelbusch, Roth, Machnoff, welch' letztere beide durch Einreibungen von Milzbrandkulturen die Tiere inficierten. Aus all' diesen Arbeiten geht hervor, daſs die unversehrte Haut Mikrobien den Durchtritt gestattet, jedoch ist es strittig, ob dieselben den Weg durch die Knäueldrüsen oder durch die Haarfollikel einschlagen. — Verfasser legte sich folgende Fragen vor, die er experimentell zu beantworten suchte:

1. Ist die wirklich vollständig unverletzte Haut durchgängig für Bakterien?
2. Ist die Durchgängigkeit gleich für die verschiedenen Bakterien bei verschiedenen Tieren?
3. Giebt es für die von der Haut ausgehende Infektion begünstigende Momente?

Verfasser experimentierte an sich mit Staphylococcus pyogenes albus und aureus, mit denselben und Erysipelkokken an Kaninchen, Meerschweinchen und der weiſsen Maus, mit virulentem Milzbrand an Meerschweinchen. Die Ergebnisse bestätigten die früheren Ansichten in Bezug auf die Durchgängigkeit der normalen Haut. Als die

Eingangspforte erwiesen sich die Haarbälge, Talgdrüsen wie Knäueldrüsen blieben frei. Verreibt man die Kulturen vermischt mit Lanolin, dann ist das für die Art und Schnelligkeit der Infektion gleichgültig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Behandlungsmethode mykotischer Erkrankungen, von Prof. v. Mosetig. (*Intern. klin. Rundschau.* 1893. No. 6.) Von der Voraussetzung ausgehend, dafs eine Steigerung des Stoffwechsels, die Erregung einer aktiven Hyperämie bei mykotischen Leiden einen heilsamen Effekt ausübt, wie die Erfahrungen bei Erysipel lehren, hat Mosetig seit 1888 ein Mittel benutzt, welches, subkutan angewandt, eine entzündliche Reizung hervorzubringen vermag. Der Effekt ist ein doppelter: ein primärer und ein sekundärer.

Der primäre betrifft den ganzen Organismus, indem, zuweilen unter Schüttelfrost, bei kompleter Euphorie ½—4 Stunden nach der Injektion auch bei gesunden Menschen Fieber in der Höhe von 38,5—40,0 eintritt. In einigen Fällen zeigte sich ein scharlachartiger Ausschlag, der schnell schwand. In 8—10 Stunden spielt sich das Ganze ab. Der Puls verändert sich parallel der Temperatursteigerung, Urin- und Schweifssekretion bleiben normal. — Der sekundäre Effekt ist ein lokaler. Bei gesunden Personen tritt am zweiten Tage nach der Injektion eine leichte Schwellung an der Injektionsstelle ein mit rosenroter Färbung der empfindlichen Haut. Nach 24 Stunden ist alles normal. Bei Kranken, d. h. mit einem lokalen Leiden tuberkulöser Natur Behafteten, erfolgt entzündliche Reizung der kranken Stelle mit Ausgang in Resorption oder zur Ausstofsung der vorher schon verkästen Massen. Am deutlichsten zeigen sich die Vorgänge bei kalten Abscessen, die schon kurze Zeit nach der Injektion in heifse umgewandelt werden: die Haut wird rot, heifs, schmerzhaft. Mit dem Rückgang der akuten Hyperämie erfolgte auch ein Rückgang des Volumens des Abscesses. Spaltet man denselben nach einigen Injektionen, dann findet man den Eiter eingedickt; die Sekretion hört mit einem Schlage auf. Nur von Knochen ausgehende Abscesse zeigten keinen so idealen Verlauf. — Die charakteristische Wirkung des Mittels präcisiert Mosetig dahin, dafs die Sekretion auffallend abnimmt und den tuberkulösen Charakter einbüfst.

Denselben Effekt beobachtet man bei Adenitis tuberculosa, wo auch Resorption eintritt, wofern keine Verkäsung schon vorhanden war.

Die resorbierende Kraft des Mittels hat sich auch bei einem Tumor der Schilddrüse, bei kleinen lentikulären Carcinomknoten bewährt. — Einen guten Erfolg gab ein Fall von Lupus; auch bei Keloiden hat Mosetig gutes von seinem Mittel gesehen, er drückt sich dabei aber sehr reserviert aus.

Das Mittel heisst Teukrin und ist ein Extractum teucrii scordii depuratum dessen Herstellung eine sehr schwierige ist. Apotheker Emil Friedrich (Wien IX., Porzellangasse 5) stellt es her. Die Pflanze Teucrium scordium gehört zu den Labiaten und kommt in ganz Mitteleuropa vor. — Teukrin ist eine schwarzbraune Flüssigkeit von krautartigem Geruch, die in gläsernen, zugeschmolzenen Phiolen von 3,0 Inhalt in den Handel kommt. Auch innerlich soll es in Dosen von 0,5 in Gelatinekapseln ein gutes Stomachicum sein. — Zur Injektion wird 3,0 pro dosi verwendet; dieselbe soll möglichst nahe dem Krankheitsherde gemacht werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Schwefelbäder, von Barthélemy. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* 1892. S. 669.) Die Schwefelbäder sind namentlich gegen Ende von chronischen oder torpiden Dermatosen zu empfehlen. Sie haben sich B. beim Prurigo, sowie beim Pruritus, der im Gefolge von Krätze oder von Phthiriasis auftritt, wirksam erwiesen ebenso bei Akne und Follikulitis, bei manchen parasitären Hautkrankheiten, Pityriasis versicolor, im Schlufsstadium der Furunkulose und Ekthymatose u. s. w. Auch im

nachakuten Stadium einer Vaginitis oder Metritis gonorrhoica leisten sie gute Dienste. Es sollen nicht mehr als 3 Bäder die Woche genommen werden; keines soll länger als höchstens 25 Minuten dauern; die Temperatur sei 34—36°; bei längerer Dauer des Bades mufs dasselbe immer auf diesem Wärmegrade erhalten bleiben. Als Präparat empfiehlt B. den präcipitierten Schwefel. *Türkheim-Hamburg.*

Pharmakologie.

Das Ichthyol in der Dermatologie, von E. Mourron. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1335). M. empfiehlt das Ichthyol für alle mit Hyperämie und Kapillarerweiterung einhergehenden Hautkrankheiten, wie Akne, Psoriasis, Herpes, Erysipel, Lepra und besonders für das Ekzem. Voraussetzung ist dabei nur immer, dafs die Haut unversehrt sei, da M., entgegen den Untersuchungen von Schotten und Baumann, eine bedeutende Toxicität des Ichthyol nachweisen konnte.

Türkheim-Hamburg.

Idiosynkrasie gegen Quecksilber, von Schnell. (*Reichs-Medic.-Anzeiger.* 1893. No. 3.) Bei einem 27 Jahre alten Gärtner war wegen einer Tendovaginitis einmal ein erbsengrofses Stück Ung. hydr. ciner. eingerieben worden. Es trat ein scharlachartiges Erythem auf an den Augenlidern und deren Umgebung, der vorderen Halspartie, der linken oberen Extremität bis zum Handgelenk, Brust, Bauch, Penis, Skrotum, Oberschenkel. Das Exanthem, mit starkem Jucken einhergehend, war nach 6 Tagen geschwunden. Sonst bestanden keine Erscheinungen. — Der Patient will schon vor einigen Jahren nach grauer Salbe ähnliche Erscheinungen bekommen haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Europhen bei suppurativer Otitis und syphilitischen Ulcerationen, von f. Edward Gibs. (*New-England med. monthly.* 1892. No. 8.) Europhen giebt bei Otitis zufriedenstellende Resultate. Dasselbe ist auch wohl geeignet, an Stelle des Jodoforms nicht nur bei den nichtsyphilitischen Schleimhautaffektionen, sondern auch bei allen Ulcerationen syphilitischen Charakters zu treten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Dermatols (bes. gallussauren Wismuthoxyd), von George Wicke. (*Intern. kl. Rundschau.* 1893. No. 5.) Verfasser hat festgestellt, dafs Dermatol auf mit Arg. nitr. geätzte Wundflächen aufgestreut sehr anästhesierend wirkt, so dafs der Schmerz fast momentan schwindet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Intoxikation mit Zinkoxyd, von Amore Falcone und Maramaldi. (*Sem. méd.* 1892. No. 57.) Die Verfasser berichten über die Versuche, die sie mit Zinkoxyd zur Feststellung der toxischen Dosis anstellten. Die Tiere (welche?) bekamen täglich 0,1—1,0 Zinkoxyd. Die Intoxikationserscheinungen waren folgende: Erbrechen, schwächere Harnabsonderung, nahezu gänzliche Unempfindlichkeit, Hämoglobinurie Albuminurie, Glykosurie, Hypoglobulie (?), Leukocytosis, Abnahme des Hämoglobins Im Harn und im Blute liefs sich Zink nachweisen. Die Tiere magerten ab und verendeten nach einigen Tagen. Die Gewebsveränderungen waren degenerativer Natur. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über Stoffwechsel- und Hämogoblinveränderungen bei längerem Gebrauche des Levico-Arsen-Eisenwassers. Die Stoffwechsel-Untersuchungen, ausgeführt von Ewald und Dronke, ergaben bei einer Patientin, dafs ein bedeutender Stickstoffansatz während des Gebrauches des Levicowassers erfolgt; die Gewichtszunahme ist auf Fleischansatz zu beziehen. — Der Arsenspiegel war im Urin 5 Tage nach dem Genufs des Wassers nachweisbar. Die günstigen

Ergebnisse auf veränderte Lebensbedingungen zurückzuführen, lehnen die Verfasser entschieden ab.

Die Hämoglobinuntersuchungen sind ausgeführt in der Klinik von Kahler durch C. Reinl. Die Zucht der roten Blutkörperchen wird nach dem Verfasser beim Gebrauch des Levicowassers weit über das einer guten Ernährung befördert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Beiträge zur Lehre von der Wirkung des Nukleins, von Heinrich Mourek. Aus der Klinik für Hautkrankheitan an der k. k. böhmischen medicin. Fakultät zu Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 5.) Prof. Horbaczewski hatte gefunden, dafs Nuklein, dargestellt durch Verdauung der Kalbsmilzpulpa, die Produktion der Leukocyten steigert, die Entzündung verstärkt und ungiftig ist. Es wurde deshalb vom Verfasser die Wirkung des Nukleins an zehn Fällen, acht Lupus und zwei Ulcus cruris, studiert; es wurde in flüssiger Form, in Pulver oder Pastillen von 1,0—1,5 Gewicht, 1–4 mal täglich gegeben. Im ganzen wurden bei den einzelnen Patienten 11,0—152,0 verabreicht. — Die allgemeinen Wirkungen blieben bei mehreren ganz aus, bei den übrigen trat ein rasches Ansteigen der Temperatur, bei einem bis zu 39,9 ein, die langsam schwand. Von anderen Erscheinungen ist die Erhöhung der Diurese bemerkenswert. Veränderungen des Blutes waren inkonstant. Die lokale Reaktion blieb bei zwei Lupusfällen, die auch auf Tuberkulin wenig reagiert hatten, ganz aus; bei den übrigen Kranken trat sie, wenn auch in verschiedener Stärke, nach längerer Nukleindarreichung ein. Hyperämie, Schwellung ohne weitere Efflorescenzen kennzeichneten sie. Auf die Lupusknötchen übte diese Reaktion, die unter kleienförmiger Schuppung sich allmählich zurückbildete, keinen Einfluſs aus. Auffallend war die eintretende Rötung alter Narben. Bei den zwei Fällen von Ulcus cruris trat ohne weitere Maſsnahmen ein auffallender Fortschritt in der Heilung ohne besondere Reaktionserscheinungen ein. — Nach Verfasser ist das Nuklein eine pyrogene Substanz, welche die chronische Entzündung steigert und die Leukocytenproduktion unterstützt. — (Es wird wohl das Nuklein noch weiterer Prüfung bedürfen, da die Beobachtungen des Verfassers doch einerseits nicht umfangreich, andererseits in dieser Publikation nicht eingehend genug wiedergegeben sind. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Angioneurotische Ödeme bei einem neuropathischen Nierenkranken, von Le Gendre. (*Pariser Gesellschaft der Hospitäler.* Sitzung vom 18. November 1892.) Bei einem 33jährigen Manne bestehen seit 15 Jahren partielle Ödeme an den Extremitäten und am Scrotum, die plötzlich, gewöhnlich symmetrisch, entstehen und nach 3—4 Tagen schwinden. Die Konsistenz, die Cyanose, die Hautwärme sprechen für nervösen Ursprung. Der Patient ist nervös hereditär belastet und ein Neuropath. — Es besteht eine interstitielle Nephritis, die Verfasser aber für die Ödeme wegen ihres Sitzes und ihrer Periodicität nicht verantwortlich macht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur peripheren Neuritis. — Ein Fall symmetrischer Gangrän und zwei Fälle alkoholischer Lähmung, von Rakhmanjnoff. (*Revue de méd.* 1892. No. 4. *Centralbl. f. klin. Medic.* 1893. No. 5.) Hier sei nur der eine Fall referiert: Ein 17jähriger junger Mann, der sich von einem vor 2 Jahren enstandenen Typhus exanthematicus nie recht erholt hat und oft über Taubsein der Hände und Füſse klagte, bemerkt vor 3 Tagen eine Röte auf dem Fuſsrücken. Schwellung, Blauwerden, Empfindungslosigkeit, Fieber gesellen sich hinzu. Es tritt Gangrän bis einige Centimeter

über dem Knöchel ein. Amputation, gute Wundheilung, dennoch Tod im Coma. Die Autopsie ergab Ödem des Gehirns und Rückenmarks, sonst keine Veränderung im letzteren. (Urinuntersuchung? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ödematöse Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des Antipyrins, von A. Freudenberg-Berlin. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 5.) Ein Patient, der zu vasomotorischen Störungen der Haut in Gestalt des Erythema exsudativum und der Urticaria disponiert war, bekam nach 0,5 Antipyrin wiederholt ein starkes Jucken und eine ödematöse Schwellung am Präputium und Scrotum, verbunden mit einer Quaddel an letzterem. Der übrige Körper wies bis auf eine leichte Schwellung und Rötung der Unterlippe keine Veränderung auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über ein Erythem nach Einführung von Antipyrin berichtet D. Francisco Garcia Diaz. Eine Frau nahm Antipyrin, 0,2 pro dosi, gegen Hemikranie. Jedesmal entwickelte sich ein Erythem, aber nur am Rücken der rechten Hand 30—40 Minuten nach dem Einnehmen. Ähnliche Erytheme mit Jucken hat Verfasser nach Antipyrin öfter beobachtet. (*Revista de medicin. y cirurg. practic.* 7. August 1892, nach *Deutsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 13.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Variola, Variolois und Varicellen von Th. Biedert. (*Verhandlung der IV. Versammlung der Gesellschaft für Kinder. 64. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Halle a. S.* 1891. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1892.) Varicellen können mit sehr ernsten Störungen des Allgemeinbefindens verlaufen. Ihre Abgrenzung von Variolois ist nicht immer leicht. Die Variola ist bis zum Eruptionsstadium weniger ansteckend; die Disposition ist nicht bei allen gleich. Bei manchen währt der Impfschutz nur 1—2 Jahre, im Durchschnitt aber 7 Jahre. Derselbe beginnt acht Tage nach erfolgreicher Impfung, während die Impfung nach geschehener Infektion nicht mehr schützt, aber, wenn sie wenigstens sieben Tage vor der Eruption stattgefunden, mildert sie den Verlauf. Die Bestimmungen des Impfgesetzes sind insofern unvollkommen, als viele Kinder lange ungeimpft bleiben und dadurch der Ausbreitung einer Epidemie Vorschub leisten. Beim Ausbruch einer solchen ist sofort allgemeine Impfung vorzunehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen **Urticaria der Kinder** findet sich folgendes Recept im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892 S. 672:

Chloral. hydrat.	
Camphor. pulv.	
Gumm. arab. pulv.	ā 3,75
M. usque ad liquef.	
Dein adde	
Cerat. spl.	3,75

DS. Vorm Schlafengehen einzureiben. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Erytheme infolge von Einwirkung natürlichen und künstlichen Lichts, von Paul Raynaud. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1331.) Durch das Sonnenlicht kommen zwei Arten von Erythemen zu stande: das Erythema solare und das Erythema pellagrosum. Merkwürdigerweise bewirken aber nicht die thermischen, sondern die chemischen, die violetten und ultra-violetten Strahlen des Sonnenspektrums diese Hauterytheme (Bouchard, Perroud). Beim Erythema pellagrosum handelt es sich um ein Erythema solare, das zu einer Pellagra hinzukommt. Die Häufigkeit des Erythema pellagrosum gerade im Frühjahr erklärt sich aus dem Umstand, daſs die Frühjahrssonne reich an chemischen Strahlen ist. Als Erythem nach

Einwirkung künstlichen Lichts führt Verfasser das Erythem der Glasbläser und das „elektrische" Erythem an. Auch hier ist den chemischen Lichtstrahlen die Schuld an der Hautreizung beizumessen. Seitdem jedoch die Schmelzöfen von Siemens mehr und mehr Verbreitung finden, wird das Glasbläser-Erythem immer seltener.

Türkheim-Hamburg.

Über Dermographismus, von T. Barthélemy. (*Progrès médical.* 1893. Nr. 1—3. Verfasser betont, dafs dasselbe nicht eine Affektion sui generis, sondern lediglich ein Krankheitssymptom darstellt. Es wird bedingt einerseits durch eine besondere empfindliche Beschaffenheit des Nervensystems, andererseits durch die Verbreitung toxischer Substanzen im Organismus, welche auf das für sie besonders empfängliche Nervensystem einwirken, wie Vasomotoren zu den genannten Erscheinungen führen. Wir finden dieselbe demnach bei verschiedenen Intoxikationen (Infektionskrankheiten, Saturnismus, Kokainvergiftung etc.), sowie bei zahlreichen Affektionen (Hysterie, Neurasthenie etc.). B. unterscheidet 3 Intensitätsstufen des Dermographismus: Bei der schwächsten entsteht beim Bestreichen der Haut mit stumpfem Gegenstande eine zunächst blafs, dann rosa bis hochrot und zugleich breiter werdende Reizlinie, die nach einer Dauer von 6 Sekunden bis 25 Minuten wieder verschwindet; eine Erhabenheit ist weder sichtbar noch fühlbar. Bei einem mittleren Grade entsteht zu beiden Seiten des centralen roten je ein blasser Streifen (durch Vasokonstriktion), welcher noch vor der centralen Linie wieder verstreicht; auch hier ist nichts von Erhabenheit zu konstatieren. Bei einer dritten Stufe höchster Entwickelung treten als weitere vasomotorische Erscheinungen hinzu: Entwickelung von Gänsebrust und ödematösem Walle. In letzteren Fällen kann die Dauer des Phänomens mehrere Stunden bis Tage betragen. Topographisch erweisen sich als besonders bevorzugt für das Auftreten von Dermographismus Sternal- und Interskapulargegend, folgen dann Abdomen, Gesicht und Extremitäten. Sensibilitäts- oder Temperaturstörungen konnte B. an den betroffenen Stellen nicht nachweisen. Bezüglich Alter und Geschlecht gehören B.s Beobachtungen zur Mehrzahl unter die jugendlichen weiblichen Individuen. Auch Nervosität scheint eine Rolle zu spielen, besondere sociale Bedingungen dagegen nicht.

Bei der Besprechung der Pathogenese wird auf die Versuche von Bouchard hingewiesen mit dem Anektasin (chemisches Produkt des Bacillus pyocyaneus) und dem Ektasin (aus dem Kochschen Tuberkulin gewonnen), von denen das erstere das vasodilatatorische Centrum abschwächt, das letztere dagegen reizt. Analog denselben würden nun Toxine wirken, welche im Intestinaltraktus gebildet werden.

Unter den veranlassenden Momenten scheinen mechanische Reize (Nadelstiche) im Gegensatze zu den zahlreichen anderen (lokale Applikation von Chloroform, Äther, Kälte; Duschen; Elektricität etc.) am meisten wirksam zu sein. Von Interesse sind noch die Angaben über den Einfluss der Suggestion. Mit Wahrscheinlichkeit müssen als zum Kapitel des Dermographismus gehörend angesehen werden die Stigmata und andere Erscheinungen auf der Haut, welche zur Zeit der Hexenprocesse eine für die Beteiligten so verhängnisvolle Rolle gespielt haben.

Hinsichtlich der Beziehungen des Dermographismus zur Urticaria ist B. der Ansicht, dafs beide voneinander unabhängige Processe darstellen, wenn sie auch nebeneinander bestehen können.

Verfasser macht noch auf eine besondere Art des Dermographismus aufmerksam, die er Dermographisme blanc oder crayeux nennt, wegen der besonderen Färbung, welche die Haut an den irritierten Stellen annimmt. Einer ähnlichen Erscheinung begegnet man zuweilen bei Scharlach oder auch beim Typhus.

Die Prognose richtet sich nach der Natur des Grundleidens (Nervosität, Arthritismus).

Therapeutisch hat sich die Hydrotherapie in Form von kalten, lauen oder warmen Bädern am meisten bewährt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mifsbildungen.

Ein behaarter Rachenpolyp, von L. Conitzer. (*Deutsch. med. Wochschr.* 1892. No. 51.) Bei einem 26jährigen Arbeiter wurde mit der kalten Schlinge ein an der vorderen Wand des Nasenrachenraumes inserierter, bis auf den Zungengrund herabhängender Polyp entfernt. Die Oberfläche desselben hatte ganz das Aussehen der äufseren Haut und trug kleine Härchen; er ist zum Teil weifs, zum Teil braun pigmentiert. In der Mitte des Tumors befand sich ein Knorpelkern. Der Überzug zeigt die Schichten der äufseren Haut, Schweifs- und Talgdrüsen. In der Pars papillaris findet man Rundzellenanhäufung. Am Stiel sind besonders gebaute tubulöse Drüsen vorhanden, wie Verfasser sie nur in zwei Dermoidcysten gefunden hat. Im Corium findet stellenweise Lymphfollikelbildung statt. — In der Litteratur sind noch neun ähnliche Fälle bekannt, die der Verfasser citiert. — Für die Entstehung dieser Gebilde ist wohl die Hypothese von Arnold am ansprechendsten, dafs es sich um verirrte Gewebskeime handelt, deren „Dislokation" zur Zeit der Entwickelung der Mundrachenhöhle resp. der Bildung der Hypophyse oder der Umwandlung der ersten Kiemenspalte erfolgt ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einen Fall abnormer Behaarung zeigt Bartels in der Vereinigung der Chirurgen Berlins in der Sitzung vom 14. März 1892. (*Deutsche med. Wochschr.* 1893. No. 3.) Genau in der Mittellinie des Rückens, in Schulterhöhe, entsprechend dem Processus spinosus des 2.—4. Brustfeldes findet sich bei einem sonst nicht abnorm behaarten Manne eine Haarlocke, die eine Breite von 5 cm an der Wurzel, eine Länge von 20—30 cm zeigt. Der Zustand ist natürlich angeboren. Die Haut an der Stelle ist nicht abnorm pigmentiert, nur ein wenig livide und fühlt sich teigig an. Die Erscheinung erweckt den Verdacht einer Spina bifida occulta; dieser Verdacht wird nur gestützt durch einen im linken oberen Quadranten fühlbaren, etwa kirschgrofsen Tumor von der Konsistenz eines Fibrolipoms, wie solche häufig eine kleine Spina bifida decken. Eine solche durch Palpation nachzuweisen ist nicht möglich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Naevi und Naevocarcinome, von P. G. Unna. (*Berl. klin. Wochschr.* 1893. No. 1.) Bei Gelegenheit eines Studiums der Muttermäler fiel es Unna auf, dafs er zwischen den Zellen, die sich in den zelligen Herden der weichen, knopfförmigen Naevi weder mit Säurefuchsin und Wasserblau, noch mittelst Methylenblau und Orcein kollagenes Gewebe nachweisen konnte. Die Zellen ähnelten weder den Bindegewebszellen, noch den Endothelien, noch den Deckepithelien, denen ja auch das Vermögen, Zwischensubstanz abzuscheiden, fehlt. Am meisten entsprachen sie den Drüsenepithelien, verdienten also den Namen epitheloide Zellen. Von neuem wurde die Aufmerksamkeit Unnas auf diese gelenkt bei Gelegenheit des Studiums der Sarkome und Carcinome der Haut. Ein ihm als aus einem Pigmentmal hervorgegangenes Sarkom überwiesener Tumor erwies sich als Carcinom von alveolärem Bau. Dieses ist übriges bei Carcinomen nicht so häufig, wie man annimmt; unter 70 Fällen zeigten nur 10 alveoläre Struktur; zu letzteren gehörten aber gerade die Naevocarcinome. Die Epithelzellen sind in den Hautcarcinomen nicht in völlig abgeschlossenen Epithelnestern, sondern in zusammenhängenden Epithelzügen und Epithelnetzen angeordnet, was ja bei dem bekannten kontinuierlichen Faserzusammenhang der Deckepithelien leicht

erklärlich ist. Durch den Wegfall der Faserung der Epithelzellen entsteht bei ihnen eine Neigung zur Isolierung und Ausstreuung jüngerer Zellen; diese Epithelien sind es wohl auch, die einer selbständigen Beweglichkeit fähig sind. Durch Verlust der Faserung, durch „Metaplasie“ bekommen die Deckepithelien mehr den Charakter von Drüsenzellen.

Die vier untersuchten Naevocarcinome zeigten alle alveolären Bau; sie entwickelten sich aus den „Naevuszellen“. Sind diese nun am Ende wirkliche Epithelzellen?

Vorerst untersuchte Unna noch einige als Pigmentsarkome beschriebene Tumoren, so einen von Tennent im *Glasgow medical journal* (August 1885) publicierten; er erkannte sie alle als Carcinome. Die Pigmentablagerung erschwert die Untersuchung und erklärt die Irrtümer. Es wird deshalb die Frage der melanotischen Sarkome einer Revision unterworfen werden müssen.

Die Beantwortung der obigen Frage nach der Bedeutung der Naevuszellen brachte die Untersuchung zweier pigmentierter Naevi von zwei Kindern; dieselbe bestätigte, dafs die Naevuszellen von den Deckepithelien in der Embryonalzeit oder den ersten Lebensjahren abgeschnürte Zellen sind. Die Zellen verlieren ihren Stachelpanzer, werden vom Bindgewebe umwachsen. Diese Abschnürung konnte Unna noch bei Erwachsenen in 4 Fällen unter 66 nachweisen. Den alveolären Pigment-Carcinomen geht so ein embryonales Vorspiel voraus, welches deutlich die Signatur der späteren Geschwulst trägt. Es ist begreiflich, dafs, wenn aus diesen Naevuszellen ein Tumor wird, es nur ein Carcinom sein kann. — Unna kennzeichnet seinen Befund mit Recht als wichtigen Baustein zu der Cohnheimschen Theorie, betreffend die Entstehung der Geschwülste. Allerdings zieht er in Betracht, dafs die grofse Mehrzahl der Carcinome dieser Theorie nicht genügt, und vermutet auch für die Naevocarcinome wie für alle übrigen die Mitwirkung von Parasiten, die erst den Anstofs zu der malignen Entwickelung der embryonalen Keime geben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris, von E. Saalfeld. (*Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 102.) Der 13jährige Knabe, aus gesunder Familie stammend, hat eine Reihe von Erkrankungen durchgemacht, von denen nur eine Gehirnerschütterung oder -Entzündung im fünften Lebensjahre hervorzuheben ist, an die sich die zu schildernde Affektion anschlofs: In der rechten Schläfe und Wange, der linken Brusthälfte und Bauchseite finden sich verstreut einzelne Naevi. Nur auf der linken Körperhälfte findet sich folgendes: braunpigmentierte warzige Exkrescenzen und Flecke finden sich am Rücken, an der vordern Thoraxseite, der Symphysis sacroiliaca, an der Rima ani, der Aufsenseite des Gesäfses und des Oberschenkels, dem Dorsum penis, der Beugeseite des Vorderarms. Die Anordnung entspricht meistens dem Verlaufe der Hautnerven. — Das Interessante an diesem Falle ist, dafs das Leiden sich erst im Alter von 5 Jahren nach einer cerebralen Erkrankung entwickelte.

Jessner Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 10. 15. Mai 1893.

Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris.

Von

Dr. med. E. von Düring,

Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de médecine in Konstantinopel.

(Mit Tafel V und VI.)

Einleitung.

Eine der wichtigsten Fragen auf der Tagesordnung des Pariser Kongresses 1889 war „die Gruppe Lichen". Die gewünschte Einigung ist nicht überall erzielt worden. Während die meisten Dermatologen sich in der Frage der Pityrasis rubra pilaris zu Gunsten der Pariser entscheiden mufsten, dafs also dieselbe eine Krankheit sui generis und kein Lichen sei, erklärte Kaposi zum gröfsten Erstaunen der Anwesenden, dafs die Pityriasis rubra pilaris ein Lichen, und zwar sein Lichen ruber acuminatus sei. Die Frage würde sich nun einfach so wenden und entscheiden lassen: Ist diese, von der Wiener und der Pariser Schule identisch erkannte, aber verschieden aufgefafste Affektion klinisch und anatomisch ein Lichen oder nicht — und je nachdem die Entscheidung ausfiele, würde sie zu rubricieren sein. Aber Kaposi behauptete gleichzeitig, sein Lichen ruber acuminatus und der Lichen ruber F. Hebras seien identisch. Dieser letztere stimmt aber weder im äufseren Aussehen, noch im Verlauf noch in der Prognose mit der Besnierschen Krankheit überein. Leider können Hebras Fälle selbst nicht mehr in Betracht kommen; sie sind in tiefes Dunkel gehüllt, wir haben nur seine klassische Arbeit in der ersten Auflage des Lehrbuches; aber ebensowenig besitzen wir genaue Krankengeschichten von Kaposis Lichen ruber acuminatus.

Der Zweck dieser Arbeit soll sein, die Fragen zu beantworten:

1. Welche Affektionen gehören zur Gruppe Lichen?

2. Giebt es eine Lichenform, deren Züge wir in der ursprünglichen Beschreibung F. Hebras wiederfinden? Giebt es einen Lichen neuroticus? und weiter den Nachweis zu erbringen,

3. dafs die Pityriasis rubra pilaris klinisch und anatomisch nichts mit dem Lichen gemein hat, und dafs eine ganze Reihe von Symptomen

derselben gar nicht auf das Bild passen, das F. HEBRA von seinem Lichen giebt; KAPOSI dagegen, der seinen Lichen ruber acuminatus mit dem Lichen ruber HEBRAE identificieren will, beschreibt de facto die Pityriasis rubra pilaris.

Die Antwort auf die erste Frage ist subjektiv; welche Affektionen wir zur Gruppe Lichen rechnen wollen, auf diesen Punkt müssen wir uns auf scharfe Kritik gefafst machen.

Die Beantwortung der zweiten Frage ist objektiver. An der Hand von ausführlichen Krankengeschichten hoffen wir darlegen zu können, dafs es eine Affektion giebt, die, anatomisch unbedingt zum Lichen gehörig, klinisch dennoch solche Besonderheiten bietet, dafs sie eine besondere Abteilung in der Lichengruppe einnehmen mufs.

Die Behandlung des dritten Teiles bedarf in Hinblick auf BESNIERS Arbeit fast der Entschuldigung. Aber da BESNIER selbst 1889 sagen konnte:

„La vulgarisation de cette maladie ne dépasse guère l'atmosphère de l'hôpital St. Louis, lieu d'origine, et les seuls médecins étrangers qui la connaissent sont ceux qui ont visité cet hôpital et son musée",

so habe ich geglaubt, meine ebenfalls im Hospital St. Louis begonnenen Erfahrungen über diese Erkrankung verwerten zu dürfen. Und das um so mehr, als das KAPOSIsche Lehrbuch noch meist als der Ausdruck nicht allein der Wiener, sondern auch der Deutschen Schule gilt, und da somit in dem verbreitetsten deutsch geschriebenen Werke über Hautkrankheiten die Pityriasis rubra pilaris als Lichen ruber acuminatus, und damit, was schlimmer ist, als identisch mit dem Lichen ruber F. HEBRAS aufgeführt wird. Demgegenüber ist eine gewisse Ausführlichkeit bei Mitteilung der Fälle von Pityriasis rubra wohl erlaubt.

Wir wollen zunächst eine kurze kritisch historische Skizze über die Lichenfrage bis zum Pariser Kongrefs und einige Bemerkungen über den augenblicklichen Stand derselben geben.

I. Historisches.

Vor ERASMUS WILSONS Publikation über Lichen planus (1869) mufs unbedingt F. HEBRA unter seinem Lichen ruber (s. 1860, I. Aufl.) dreierlei verstanden und gesehen haben: 1. Wirklichen Lichen ruber (Lichen neuroticus, constitutionalis) in HEBRAS striktestem Sinne; 2. Fälle von Pityriasis rubra pilaris. Dafür ist uns heute KAPOSIS Aussage mafsgebend. 3. Fälle von universellem Lichen planus.

Letzteres unbedingt deshalb, weil es zu einer Verständigung zwischen HEBRA und WILSON kam. Wenn HEBRA einerseits nur Pityriasis rubra pilaris (s. Lichen ruber acuminatus KAPOSI) und WILSON andererseits nur seinen Lichen planus gesehen hätten, so wäre eine derartige Verständigung ganz ausgeschlossen gewesen. Sie haben beide Übergangsformen gesehen,

und so willigte HEBRA ein, dafs KAPOSI in der 2. Auflage des Lehrbuches die WILSONsche Krankheit unter den Lichen ruber einreihte — notabene nannte KAPOSI hierbei WILSON gar nicht —; und ebenso anerkannte WILSON (*Lectures of dermatology* 1873) die Identität beider Affektionen; — und was mehr sagen will, er war so überzeugt, dafs HEBRAS Lichen ruber wirklich Lichen, wirklich eine andere Form der von WILSON beschriebenen Affektion sei, dafs er sogar HEBRA die Priorität zuerkannte. Wenn weder HEBRA noch WILSON derartige Übergangsbilder beschreiben, so müssen sie sich doch aus solchen die Brücke zur Verständigung gebaut, ihre Ansicht von der Identität beider Affektionen gebildet haben. Derartige Übergangsbilder sehen viele Dermatologen noch heute (BOECK, H. von HEBRA, UNNA), und ich selbst werde in der Lage sein, Beobachtungen mitzuteilen, durch welche diese Verständigung zwischen WILSON und F. HEBRA begreiflich wird. Wie erwähnt, müssen aber — das geht aus KAPOSIS Erklärung hervor — bei HEBRAS Lichen ruber auch Fälle von Pityriasis rubra pilaris untergelaufen sein; die Pityriasis rubra pilaris existiert also, nach KAPOSI, auch in Wien, ebenso wie ehemals der Lichen planus — ebenfalls undiagnosticiert — in Wien schon existiert hat. Dafs die Pityriasis rubra pilaris in Wien schon beobachtet ist, geht zur Evidenz aus manchen Fällen hervor, die sich in den Berichten des Wiener-Krankenhauses finden.[1]

TILBURY FOX, ebenfalls durch Beobachtungen von Mischfällen überzeugt, anerkannte die Identität der beiden Affektionen. So war, auf die Autorität HEBRAS, WILSONS und FOX' gestützt, die Frage der Identität für Deutschland und England vorläufig zur allgemeinen Anerkennung erhoben.

In Frankreich und Amerika wurden allmählich immer mehr Stimmen laut gegen diese Fusion. In Frankreich erkannte man in der Beschreibung des Lichen ruber acuminatus KAPOSI vielfache Beziehungen, ja vollständige Identität mit der (auch noch nicht mit der nötigen Schärfe präcisierten) DEVERGIEschen Krankheit. BROCQ gab dieser Ansicht in einer Diskussion mit UNNA energisch Ausdruck; letzterer, leider am Worte „acuminatus" festhaltend, suchte den Lichen ruber HEBRAE zu retten, denn er hatte unzweifelhafte Fälle dieses Lichen ruber gesehen. — Die Amerikaner sahen offenbar meistens Pityriasis rubra pilaris, die sie, als Schüler der Deutschen und Engländer, als Lichen ruber acuminatus bezeichneten. Das geht aus dem TAYLORschen Fall hervor. (Die Einzelheiten dieser Publikation finden sich analysiert in *Annales de Dermat.* 1889. BROCQ, Lichen ruber en Amérique).

PIFFARD und ROBINSON, die zwar auch die Diagnose „Lichen ruber" stellten, bestritten natürlich — da sie de facto die Pityriasis rubra pilaris

[1] TÖRÖK, Zur Lichen ruber-Frage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. IX. No. 3. pag. 115.

vor sich sahen — die Zusammengehörigkeit des Hebraschen und Wilsonschen Lichen. Und obwohl Boeck und Unna, welche Krankheitsbilder gesehen hatten, entsprechend dem Lichen ruber Hebrae (1860), und welche die Pityriasis rubra pilaris in Paris studiert hatten, an der Verschiedenheit der beiden Affektionen festhielten, spitzte sich, vor Beginn des Kongresses der Streit, dank Kaposi, dahin zu: Ob nicht Hebras Lichen ruber identisch sei mit der Pityriasis rubra pilaris.

Derselbe Gelehrte, der die — nach seiner eigenen Aussage schwierige — Fusion des Hebraschen Lichen ruber und des Wilsonschen Lichen planus vollzogen hatte, that jetzt das allerunerwarteste: Er gab dem alten Lichen ruber Hebrae den Todesstofs, indem er erklärte: Pityrias rubra pilaris ist identisch mit Lichen ruber acuminatus Kaposi, und dieses wieder ist identisch mit dem Lichen ruber Hebrae!

Also: entweder die erste Fusion war falsch: Lichen ruber Hebrae war Pityriasis rubra pilaris, eine Krankheit, die klinisch und anatomisch nichts mit dem gemein hat, was Hebra 1860 als Lichen ruber klinisch beschrieb, und mit dem, was wir heute anatomisch unter Lichen verstehen —; oder Kaposi und mit ihm F. Hebra hatten Pityriasis rubra pilaris-Fälle irrtümlicherweise als leichtere Fälle von Lichen ruber Hebrae angesehen.

Die Entscheidung über die Fälle, die Kaposi unter Lichen ruber acuminatus begreift, ist bei dem Mangel an ausführlichen Krankengeschichten unmöglich. Kaposi hat es aber dahin gebracht, dafs sehr viele Autoren die Existenz derjenigen Krankheit, die F. Hebra entschieden gesehen und — wenn auch konfundiert mit ähnlichen Bildern — als Lichen ruber beschrieben hat, bezweifeln und nur auf die Autorität Unnas hin anführen, dafs es eine schwere akute Form von Lichen geben soll, Lichen neuroticus Unnae. (S. z. B. Brocq *Traitement des maladies de la peau.*)

Während nun heute die meisten Schulen sich dahin entschieden haben, einen Lichen ruber planus localis, einen Lichen ruber planus universalis (mit ihren Unterarten) und, als nicht zum Lichen gehörig, eine Pityriasis rubra pilaris anzunehmen, ist das Bild, das ein Teil der Wiener Schule bietet, geradezu unverständlich.

Hans von Hebra stellt sich auf den Boden der Thatsachen. Er giebt zu, dafs man die Pityriasis rubra pilaris mit dem Lichen konfundiert hat unter der Marke acuminatus, dafs dieselbe also auszuscheiden ist; gestützt auf seine Erfahrung, betont er aber, dafs es Fälle giebt, die nicht einfach zum Lichen ruber planus gehören, Fälle, die selten sind, und die der alte Hebra zuerst gesehen und beschrieben hat.

Kaposi beharrt einerseits dabei, dafs Pityriasis rubra pilaris identisch ist mit seinem Lichen ruber acuminatus, will sich aber anderer-

seits von der Existenz der Pityriasis rubra pilaris erst durch „Beobachtung in vivo“ überzeugen lassen. So drehen sich die Diskussionen der Wiener dermatologischen Gesellschaften im Kreise herum.

Neumanns Arbeit verdient eine eingehende Kritik, da sie die ganze Verwirrung enthält, der sich ein Teil der Wiener Schule in dieser Frage schuldig macht. Es heifst bei Neumann pag. 4.

„Die ganze Lichenfrage gipfelt in folgendem: 1. Giebt es einen Lichen ruber im Sinne Hebras (dem Kaposi das Epitheton acuminatus gegeben)? 2. Giebt es einen Lichen planus (E. Wilson)? 3. Ist die Existenz der Pityriasis pilaris erwiesen? Bezüglich der ersten Frage, der Existenz des Lichen ruber, scheint es überflüssig, weitere Beweise zu erbringen. Die Symptome der Erkrankung sind von Hebra so klassisch beschrieben worden, ... dafs die Existenz des Lichen ruber über jeden Zweifel erhaben ist. Anders verhält es sich mit dem Lichen planus. Dieser war uns wenigstens in der Wiener Schule bis zum Jahre 1870 vollständig unbekannt geblieben.[2]

So weit citiere ich Neumann und bemerke, dafs er weiter unten anführt, aufser Kaposi sei niemand gegen die Pityriasis pilaris als selbstständige Erkrankung aufgetreten.

Kehren wir nun einmal nur zu seiner ersten Frage zurück und besehen uns Frage und Antwort genauer.

1. Giebt es einen Lichen ruber im Sinne Hebras, dem Kaposi das Epitheton acuminatus gegeben?

Ja, das ist ja der Angelpunkt der ganzen Diskussion. Róna, in seiner eingehenden ernsten Arbeit, bekennt als indirekter Schüler der Wiener Schule schon 1888, dafs es ihm nicht gelungen sei, unter seinen universellen Lichen ruber-Fällen[3] einen zu finden, der mit dem Typus des Lichen ruber acuminatus Kaposis übereinstimmt. Mit der alten Beschreibung des Lichen ruber F. Hebras, die im grofsen und ganzen der Beschreibung Wilsons ähnele, woraus sich auch die Verständigung beider erkläre, kann er seine Fälle wohl verstehen.

Die Quintessenz der Frage: Was ist der Lichen ruber acuminatus Kaposis, den wir alle suchen, von dem Róna, Besnier und andere sich aus Mangel an Krankengeschichten kein Bild machen können — beantwortet Neumann einfach: „Für die Existenz des Lichen ruber ist es überflüssig, weitere Beweise zu erbringen.“ Gewifs ist es überflüssig, wenn darunter die universelle plane Form verstanden ist. Aber sicherlich nicht, wenn kein Dermatologe aufserhalb Wiens mehr im stande ist, sich eine Idee zu machen, was denn eigentlich der Lichen ruber acuminatus Kaposis ist, wenn es nicht die Pityriasis rubra pilaris ist. Diese Identität hat ja Kaposi selbst zugegeben. Neumann entdeckt nun neben dem Lichen ruber acuminatus Kaposis noch selbständig die Pityri-

[2] Wie den meisten Dermatologen die Pityriasis rubra pilaris bis zu Besniers Arbeit.

[3] Neumann läfst bei der zweiten Frage das „ruber“ fort, während schon Hebra selbst die plane Form des Lichen ruber nennt.

asis rubra pilaris NEUMANN! Wie verstehen sich denn NEUMANN und KAPOSI?

Es ist keine Frage, daſs das Bild des Lichen ruber acuminatus in keiner Weise auf HEBRAS erste Beschreibung paſst; dagegen paſst dieselbe ungefähr, mit geringen Änderungen, auf Fälle von Lichen neuroticus und auf universelle Planus-Fälle.

II. Die Gruppe „Lichen".

Abgesehen von der KAPOSIschen Schule, bestand nach dem Kongresse die Hoffnung, daſs die Mehrzahl der Dermatologen sich dahin einigen würden, daſs, nach Ausschlieſsung der Pityriasis rubra pilaris, zur Gruppe „Lichen" nur noch das gehören solle, was wir bisher als Lichen ruber im weitesten Sinne bezeichnet hatten. Leider ist es gerade BROCQ, dessen klarer, kritischer klinischer Blick schon so viel zur Klärung ganzer Krankheitsgruppen geleistet hat — ich erinnere an seine Arbeiten über Pityriasis rubra, über Dermatitis exfoliativa, über Dermatitis herpetiformis —, der neue Uneinigkeit darüber herbeiführt, was wir in die Gruppe „Lichen" einbeziehen wollen.[4]

Wenn man die Definition bestehen läſst, daſs Lichen eine Dermatose ist, die im Zustande der Entwickelung durch isolierte oder agglomerierte Papeln charakterisiert ist, mit mehr oder weniger Jucken einhergeht und in deren Verlauf sich Verdickung der Haut einstellt, mit mehr oder weniger hochgradiger Ausbildung der Hautfalten, so kann man VIDAL und BROCQ eine gewisse Berechtigung nicht absprechen, wenn sie noch eine Anzahl papulöser Affektionen unter den Begriff „Lichen" einbeziehen. Nach der vorstehenden, BROCQ entnommenen Definition ist die Pityriasis rubra pilaris auch zur Gruppe „Lichen" gehörig. Wenn VIDAL und BROCQ auf dem Lichen simple chronique und dem Lichen polymorphe (Prurigo HEBRAE) bestehen, so wüſste ich demjenigen nichts vorzuwerfen, der von einem Lichen ruber pilaire pityriasique als von der DEVERGIEschen Krankheit spräche.

Wenn wir auch darin VIDAL[5] folgen wollen und mit ihm darin übereinstimmen, daſs „die Prurigo HEBRAE eine Neurodermitis papulosa chronica ist", so ist schon der Nachsatz: „die in einer pathologisch-anatomischen Klassifikation zu den papulösen Affektionen zu rechnen ist", nach unserer Ansicht gar nicht logisch. Die „Papel" ist ein formales Princip (SACK), eine konventionelle Bezeichnung für ein Symptom, eine Erscheinungsform. Wir haben pathologisch-

[4] Diese Arbeit wurde in Druck gegeben vor Publikation der BROCQschen Arbeit über Neurodermieen und Neurodermiten. Durch die letztere wird ein Teil unserer Einwürfe hinfällig. (Kongreſs in Wien 1892)

[5] S. *Wiener Kongreſsverhandlungen* 1892.

anatomisch durchaus verschiedene Substrate mit dem Begriff „Papel“ belegt: eine Lichen-Papel ist pathologisch-anatomisch sehr wohl von einer Prurigo-Papel, von einer syphilitischen Papel zu unterscheiden. Die Prurigo ist entschieden eine Krankheit sui generis, und es ist entschieden ein Rückschritt, den VIDAL durch die Bezeichnung „Lichen polymorphe“ macht, der nur zu neuen Diskussionen, neuen Verwirrungen, aber niemals zu allgemeiner Annahme und Verständigung führen wird.

Wir stimmen weiter BROCQ[6] vollkommen bei, wenn er von dem Eccema lichenoïdes sagt: „une affection méritant sa place à part dans le cadre nosologique. C'est en réalité une névrodermite circonscrite“ — aber weiter folgen wir ihm nicht! Dieser Vordersatz ist kein Grund für den Nachsatz: „mais on doit lui conserver le nom sous lequel elle a été déjà décrite par les vieux auteurs, celui de lichen circumscriptus“.

Wir haben in der Dermatologie absolut keinen Grund zu solcher Pietät. Nehmen wir unter Lichen einen bestimmten pathologisch-anatomischen Begriff (wie es nötig ist, und wie wir es sofort unten entwickeln werden), so ist diese Neurodermitis kein Lichen.

Bis wir uns über eine wissenschaftliche Nomenklatur einigen, ist es besser, Bezeichnungen beizubehalten, bei denen jeder weifs, was er darunter zu verstehen hat. So werden sicher viele Dermatologen der Überzeugung sein, dafs das Eccema chronicum papulosum lichenoïdes kein Ekzem ist, vorläufig aber den falschen Namen „Ekzem“ nicht gegen den pathologisch-anatomisch ebenso falschen „Lichen“ umtauschen wollen.

Wenn wir zu der oben citierten Definition BROCQs nur noch hinzufügen, wo der anatomische Sitz der zum Lichen gehörigen Affektionen ist, so haben wir eine scharf umgrenzte Gruppe geschaffen und die Bezeichnung Lichen für den Lichen ruber reserviert und so uns vor Mifsverständnissen geschützt. Wir verstehen unter **Lichen** nur die bisher unter **Lichen ruber** begriffenen Affektionen. Die Definition des Lichen wäre folgendermafsen zu fassen:

Lichen ist eine Dermatose, die im Zustande ihrer Entwickelung durch isolierte oder agglomerierte Papeln charakterisiert ist, die ihren Sitz in der Cutis haben und erst sekundär die Epidermis betreffen. Sie geben Anlafs zu mehr oder weniger starkem Jucken, und bei längerer Dauer stellt sich Pigmentierung und Verdickung der Haut mit mehr oder weniger hochgradiger Ausbildung der natürlichen Hautfalten ein.

---

[6] S. BROCQ und JACQUET, Histologie des névrodermites. *Annal. de Derm.* 1891. pag. 67.

Zweckmäfsig liefse man dann auch die Bezeichnung „ruber“ fort, denn sie pafst für viele Fälle nicht. Die Bezeichnungen „planus“, „obtusus“ etc. sind dann nur Beiwörter eines „lokalen“ oder „universellen“ Lichen.

Wenn wir nach der oben gegebenen Definition die Bezeichnung Lichen für die frühere Gruppe Lichen ruber reservieren, so würden wir uns die Konstitution derselben folgendermafsen denken.

Lichen.

A. Lichen localis fast stets chronicus.	B. Lichen universalis.
a) Lichen planus.	a) Lichen planus.
1. L. planus simplex. (WILSON)	1. L. pl. simplex (WILSON)
2. „ „ annularis (UNNA)	2. L. „ annularis
3. „ „ corneus s. (VIDAL)	b) Lichen multiformis
verrucosus s. hypertrophicus	c) Lichen obtusus
4. L. planus scleroticus atrophicus (HALLOPEAU)	d) „ moniliformis.
b) Lichen obtusus (UNNA)	
c) Lichen miliaris.	

C. Lichen neuroticus.

Zu diskutieren wäre bei dieser Einteilung darüber, ob eventuell der Lichen neuroticus als besondere Gruppe unter den Lichen universalis zu nehmen wäre: B. Lichen universalis.

1. a) Lichen planus. 2. Lichen neuroticus etc. etc.

Diese Unterscheidung ist unwesentlich; bei der grofsen klinischen Verschiedenheit haben wir vorgezogen, aus dem Lichen neuroticus eine besondere Abteilung zu machen.

Alle anderen, der angegebenen Definition nicht entsprechenden Affektionen, die bis jetzt den Namen „Lichen“ tragen, werden nicht mehr als Lichen bezeichnet.

Der Lichen scrophulosorum oder scrophulosus ist eine Perifolliculitis, die wir besonders bei Kindern treffen, die an den bekannten Ekzemen leiden an der Haut der Schleimhautübergänge, an Drüsenschwellungen, Rhachitis, Ophthalmien, die zusammen das Bild der Tuberkulose der Kinder geben. Es ist hier wohl die Bezeichnung „Perifolliculitis tuberculosa“ oder „Tuberculosis cutis lichenoïdes“ (SACK-JACOBY) am Platze.

Lichen pilaris gehört ebenfalls nicht zur Gruppe Lichen; es ist eine atrophisierende Folliculitis, und wir können sie entweder als Ulerythema pilare oder als Keratosis pilaris bezeichnen.

Sämtliche oben erwähnte Formen des Lichen, mit Ausnahme des Lichen obtusus universalis, habe ich selbst zu beobachten Gelegenheit

gehabt. Es würde jedoch zu weit führen, wenn wir von allen Formen Beispiele anführen wollten. Wir wollen deshalb die Formen des Lichen localis kurz entwickeln, dann einige Beobachtungen von Lichen universalis geben, um daran die Beziehungen und Verschiedenheiten gegenüber dem Lichen neuroticus differential-diagnostisch darlegen zu können.

III. Allgemeines über die Varietäten und Formen des Lichen.

Die typische Form des Lichen ist die einfache Planus-Papel, aus der fast alle Varietäten des Lichen hervorgehen. Lichen obtusus localis kommt zwar ganz rein vor, besteht aber häufig auch neben anderen Formen. Über Lichen obtusus universalis stehen mir eigene Beobachtungen nicht zu Gebote.

Die Umbildung des Lichen planus in Lichen annularis habe ich in einem Falle von universellem Lichen beobachten können.[7] Es tritt eine entweder nur centrale oder auch vollständige Resorption der Lichenpapel ein. Wir sehen eine runde, leicht braun bis tief rotbraun, schmutzig pigmentierte centrale Partie, in der die Haut etwas atrophisch erscheint, an Stelle der früheren Papel. Am Rande derselben erhebt sich, manchmal als geschlossener Kreis, manchmal nur als Kreissegment ein rot oder rotbraun gefärbter, nach aufsen etwas schroffer als nach innen abfallender, typisch glänzender Wall.

Während diese Varietät relativ seltener beobachtet wird, hat man häufig Gelegenheit, den Übergang von der Planusform in die keratose, hypertrophische, verruköse Form zu verfolgen. Besonders in den Fällen, in denen ein entweder an verschiedenen Stellen lokalisierter oder ein universeller Lichen zum grofsen Teil zur Ausheilung kommt, bilden sich manchmal als Reste des Lichen die so aufserordentlich hartnäckigen, hypertrophischen, xerotischen, fast tumorartigen Plaques, am häufigsten an den Unterschenkeln, unter unseren Augen heraus.[8]

Wenn nicht sehr typisch ausgebildet, mit Planuspapeln in der Peripherie oder wenn nicht von Beginn an beobachtet, giebt diese Varietät wohl am häufigsten zu diagnostischen Differenzen, selbst zwischen kompetenten Beobachtern, Anlafs, um so mehr, als die Kratzeffekte häufig gleichzeitig ekzematöse Processe in der Umgebung hervorrufen oder vortäuschen können. Von dieser Form sieht man aufserordentlich verschiedenartige Bildungen. In einem von mir beobachteten Fall ist es zur Bildung von ca. $^1/_2$ cm hohen, 1 cm im Durchmesser habenden warzenartigen Gebilden gekommen, etwas oberhalb des Fufsgelenks; zahlreiche, teils

---

[7] Sie ist von Török schon anatomisch beschrieben. *Zieglers Beiträge.* Bd. VIII. pag. 431.

[8] Eine Fundgrube für hierher gehörige kasuistische Beiträge sind die *Séances hebdomadaires médecins de l'hôpital St. Louis.*

obtuse, teils plane Papeln beweisen die Natur der Warzen. Gerade an diesem Falle kann man nebeneinander die plane und die obtuse Form und den Übergang beider in die hypertrophisch keratose Form beobachten.

In anderen Fällen finden wir grofse, flache Plaques, die grofse Ähnlichkeit mit Psoriasis bieten, wenn uns nicht andere, ähnliche, aber mit Einzeleffloreszenzen umgebene Lichenplaques auf den richtigen Weg führen.

Wieder in anderen Fällen haben wir fast genau das Bild des papulösen Ekzems vor uns. Hier ist es ohne Frage häufig sehr schwer, sich für die eine oder andere Diagnose definitiv zu entscheiden. Gerade hier habe ich mich in zwei Fällen, die vollkommen einander glichen, von der Bedeutung der anatomischen Untersuchung überzeugen können. Während in dem einen Falle die Epidermis in allen ihren Teilen enorm verbreitert und sie allein fast der Sitz des Processes war, bei fast vollständigem Fehlen irgend welcher zelliger Infiltration im Corium, aufser geringgradiger Infiltration der Gefäfse, trat in dem anderen Falle — aufser in der Hornschicht — der Proceſs in der Epidermis sehr in den Hintergrund; dagegen war eine teils bindegewebig umgewandelte, die Papillen, oder besser die Epithelfortsätze fast vollständig verstreichende theils noch rein zellig infiltrierte Affektion des Coriums zu konstatieren.

Bei dem Lichen atrophicus würde es wohl kaum möglich sein, aus der sklerosiert-atrophischen Narbe die Diagnose „Lichen“ zu stellen, wenn nicht Planuspapeln am Rande der sklerosierten Partie uns auf die Entstehung dieser Form hinweisen.

Vom Lichen obtusus wurde schon angeführt, dafs diese Varietät sowohl allein, als kombiniert mit anderen Formen in polymorphen Lichenfällen beobachtet wird. Da wir aber nicht beobachten können, dafs der Lichen obtusus sich aus der Planusform entwickelt, so wird seine Aufstellung als eigene Form berechtigt.

Von Lichen miliaris habe ich erst einen Fall beobachtet; die Papeln sind bei ihrer Kleinheit polymorph, die meisten sind obtus oder akuminiert. Es kommt aber hier schliefslich auch zur Bildung von Plaques, die in nichts von den Planusplaques differieren.

Auch der Lichen moniliformis ist im Grunde eine Varietät des planus. Bei, offenbar in besonderer Weise, lokal nervös afficierten Personen bilden sich die Kratzeffekte zum Teil in perlschnurartige Lichen-Papelketten um, zwischen denen sich ganz reine, unveränderte Papeln der Planusform finden — ich habe diesen Vorgang in einem eigenen Falle aufs deutlichste beobachten können.

Der Lichen neuroticus — der wirkliche frühere Lichen ruber Hebrae — ist primär, entschieden nicht „planus“. Wenn seine Hauptunterscheidung differential-diagnostisch in dem akuten schweren Verlauf

liegt, so spricht sich der Form nach die Akuität des Processes darin aus, dafs wir es hier im Beginn viel weniger mit einzelnen papelartigen Gebilden zu thun haben, als mit einer Art akutem Erythem, einer Erythrodermie, auf der sich kleine akuminierte Papeln fast gleichzeitig oder etwas später entwickeln. Dieser erythematöse Charakter wird, abgesehen von den Papeln, in der Folge auch durch die diffuse, dunkle Pigmentation der Haut gewahrt, die selbst nach der Abheilung noch fortbesteht und auch anatomisch ihren Ausdruck findet in den zahlreichen Pigmentzellen im Corium. Die ursprünglich durchaus akuminierten Papeln gehen aber auch hier mit der Zeit Veränderungen ein, die vollständig mit dem Lichen Wilsons, mit den Veränderungen der Planuspapel übereinstimmen. Daraus erklärt sich die Einigung zwischen Hebra und Wilson, daraus aber auch der uns heute lächerlich erscheinende Streit und die Konfusion, die über und mit den Beziehungen „planus“ und „acuminatus“ gemacht sind. Die akuminierte Form ist offenbar der Ausdruck eines akuteren Lichen-Processes, denn wir sehen bei universellem Lichen planus hin und wieder, bei offenbaren Verschlimmerungen, durchaus akuminierte Papeln, während, wie gesagt, beim Lichen neuroticus die akuminierten Papeln zu planen Plaques konfluieren können. Aber niemals finden wir bei der universellen planen Form das akute Erythem, die Erythrodermie des durch akuminierte Papeln ausgezeichneten Lichen neuroticus.

IV. Krankengeschichten von universellem Lichen.

Lichen universalis ist eine so häufig beschriebene Affektion, dafs wir hier auch nur einige Fälle geben wollen, die entweder etwas Besonderes bieten in der Form: einen Lichen annularis universalis und einen Lichen moniliformis universalis, und weiter von universellen Planus-Fällen solche, die teils in ihrer Form, teils in ihren Symptomen Übergangsbilder bilden zum Lichen neuroticus, d. h. eben derartige Formen, wie sie sowohl Wilson wie Hebra gesehen haben müssen, um sich verständigen zu können.

Krankengeschichte I.

Riza Effendi, türkischer Polizeiofficier, stellte sich September 1891 mit einem Lichen planus universalis vor. Die Affektion hatte an der Innenseite der Handgelenke symmetrisch begonnen, war hier einige Monate stationär geblieben, hatte sich dann langsam über den ganzen Körper, mit Ausnahme der Füfse und bei geringer Beteiligung des Gesichtes, ausgebreitet. Auf der Zunge, der Schleimhaut der Wangen und der Lippen zeigten sich leukoplakie-artige Flecken. — Subjektiv: Starkes Jucken, sonst gesund.

Ich verordnete ihm häufige warme Bäder, Schmierkur mit der Unnaschen Lichensalbe und Pillulae asiaticae, bis zu 9 Pillen steigend. Einige Wochen später sah ich den Patienten wieder, im wesentlichen unverändert. Dann verlor ich ihn aus den Augen, bis er sich im April 1892 wieder vorstellte. Er gab an, die Affektion habe sich langsam gebessert, sei fast verschwunden gewesen bis auf einige Stellen am

Handgelenk, am Bauche und an den Unterschenkeln. Er habe deshalb im Januar die Behandlung, d. h. hauptsächlich auch die innere Medikation ausgesetzt. Die Schmierkur hatte er so wie so nur wenige Wochen durchgeführt.

Der Status den ich im April aufnahm, war folgender: Lichen annularis universalis. Neben einzelnen planen Papeln am Thorax und am Bauch, die ziemlich zerstreut stehen, finden sich die meisten planen Papeln in folgender Weise umgewandelt. Um einen teils leicht bräunlich, teils tief schmutzig braun gefärbten, höchstens linsengrofsen, meist kleineren Fleck, an dem die Haut etwas eingesunken, atrophisch erscheint (vielleicht durch den gleich zu beschreibenden Wall so vorgetäuscht), erhebt sich ein rotbrauner, glänzender Wall von derber Konsistenz, typischem Glanz, gegen die Peripherie etwas schroffer abfallend, als gegen das Centrum. Manchmal bildet der Wall einen vollkommenen Ring oder Kreis, manchmal nur ein Kreissegment. Die zwischenliegende Haut ist weder infiltriert noch pigmentiert. Auf dem Rücken finden sich fast ebensoviel frische, kleine plane Papeln, als annuläre. Am Halse dagegen finden sich fast nur annuläre Flecke; im Gesicht, auf der Stirn wenige plane Papeln. Die Mundschleimhaut zeigt an den Wangen an der Lippenschleimhaut einige weifse, wie rissige Flecken. An den Armen sind mehr annuläre, als plane Papeln. Am Handgelenk, Innenseite, sind gröfsere konfluierte, violett rötlich gefärbte, mit Dellen versehene, schuppende Plaques. Auf dem Handrücken zahlreiche gedellte, mittelgrofse plane Papeln. In den Handtellern weifse, erhabene, schuppende, runde Papeln. — Am Penis kleinste, aber annuläre Papeln. An den unteren Extremitäten wenige plane Papeln. Füfse frei. Subjektiv wird geklagt über Nervosität, Schlaflosigkeit infolge des Juckens. Ich schlug dem Patienten, aufser Arsenik innerlich, lauwarme Duschen vor und adressierte ihn an ein hydrotherapeutisches Institut. Er hat sich aber der Behandlung entzogen, so dafs ich über den weiteren Verlauf keine Angaben machen kann.

Krankengeschichte II.

Lichen universalis moniliformis.

Diesen Fall habe ich nur einmal in Konsultation gesehen und kann nur einen kurzen Status geben. Es handelte sich um einen 45jährigen Herrn, nicht sehr korpulent. Der Beginn des Leidens war im Januar 1890; die Krankheit bestand seit 8 Monaten, als ich Patienten sah. Es fiel mir sofort der Kaposische Fall ein, dessen charakteristische Abbildung in den Morrowschen Atlas übergegangen ist. Es bestand ein universeller Lichen, mit furchtbarem Jucken. Der Patient selbst gab an, und das erschien der Konfiguration der im folgenden zu besprechenden Affektion zu entsprechen, dafs dieselbe sich an Stellen ausbilde, wo er sich besonders häufig und mit wahrer Wut kratze. Ein sehr ausgedehnter, aus dunkel pigmentierten Plaques bestehender, mit Ausnahme des Kopfes und Gesichts den ganzen Körper überziehender Lichen. Zu beiden Seiten des Abdomens, etwas auf der Brust und auf der Schulter, ferner an den Oberschenkeln vom Knie nach oben und auswärts ziehend, ferner an den Oberarmen auf der Höhe des Biceps und auswärts von demselben sahen wir Ketten von kugeligen, zusammenhängenden, bis erbengrofsen, derben, roten, glänzenden, nicht schuppenden Knötchen, stellenweise aus wenigen Elementen bestehend, stellenweise bis zu zwanzig Perlen aufweisend. Die Gelenkbeugen waren nicht in der Weise beteiligt, wie im Kaposischen Falle. Diese Ketten laufen teils parallel, teils kreuzen sie sich. Zwischen denselben trifft man kleine, flache, rote bis braunrote, glänzende Planusknötchen, so dafs an der Diagnose kein Zweifel bestehen konnte. Ich habe nichts weiter über den Patienten gehört, da er von auswärts kam.

Im nachfolgenden geben wir eine Reihe von Beobachtungen von Lichen universalis, die nach unserer Ansicht Übergangsfälle darstellen

zwischen dem gewöhnlichen Lichen universalis und dem Lichen neuroticus. Diese Fälle haben alle in ihrem Verlaufe etwas Abweichendes von der Norm, die wir im Verlaufe anderer Lichenfälle sahen, und mufsten uns so, als aus dem allgemeinen Rahmen heraustretend, auffallen.

Krankengeschichte III.

Mdme. M. (Armenierin), 42 Jahre alt. Januar 1892. Vor 3 Monaten bemerkte die im übrigen gesunde, verheiratete, in keiner Weise hereditär belastete Patientin die Bildung kleiner, glänzender, anfallsweise juckender Efflorescenzen an der Beugeseite des Handgelenks, symmetrisch. Als Ursache ihrer Erkrankung giebt sie ganz besonders starke, anfallsweise auftretende Schweifse an während eines Aufenthaltes in Kairo in der heifsen Jahreszeit. Seit einem Monate hatte sich die Affektion über den ganzen Körper fast ausgebreitet. In rascher Reihenfolge waren Arme, Thorax, Abdomen, Beine befallen. Seit dieser Zeit fühlt Patient sich krank, nervös, angegriffen. Zuletzt war das Abdomen befallen.

Status: Eine zart aussehende, magere, für ihre Jahre stark gealterte Dame. Auf den Händen, Vorderarmen finden sich zahlreiche, zum Teil sehr ausgedehnte, zum Teil kleinere Plaques von rot violetter Farbe, mit psoriatiformen Schuppen bedeckt. Die Plaques sind sehr wenig über die Umgebung erhaben, fühlen sich derb an; zwischen denselben und besonders am Oberarm zeigen sich viele prägnante, glänzende, klein stecknadelkopfgrofse Lichenpapeln. An Brust und Rücken ist die Plaquesbildung nicht so reichlich; die einzelnen Plaques sind kleiner, die Haut zwischen denselben ist normal. Am Bauch finden sich zahlreiche, unregelmäfsig konfigurierte, verschieden grofse Plaques, daneben aber Gruppen von dicht gestellten, kleinsten, glänzenden, rötlichen und multiformen, aber nicht planen Papeln; teils sind sie akuminiert, teils obtus, teils abgerundet. Sie stehen auf leicht infiltrierter rötlicher Basis. Die Patientin giebt aufs bestimmteste an, dafs an mehreren Stellen des Körpers schubweise, an Tagen, an denen sie sich besonders krank, fiebrig und nervös fühlte, solche Gruppen aufgeschossen seien, und dafs sie an den betreffenden Stellen vorher Brennen und Jucken verspürt habe. Vom Bauch abwärts ist die Affektion sehr intensiv, aber überall sind die Plaques sehr flach. Während sie am Oberschenkel isoliert stehen, bilden sie an den Unterschenkeln gröfsere, zusammenhängende, dunkler gefärbte Plaques. — Die Füfse sind frei. — Das Gesicht zeigt, vom Halse aus abnehmend, nur vereinzelte Papeln. Die Mundschleimhaut ist frei. Haare und Nägel frei. Die Patientin klagt über grofse Nervosität; das Jucken tritt nur anfallsweise auf. Der Schlaf ist nachts oft gestört. Appetit mangelt. Sie fühlt sich sehr matt, abgeschlagen und hat bedeutend an Stärke abgenommen. Sie hat häufig Anfälle von Frösteln, das mit dem Ausbruch profusen Schweifses endet. — An den inneren Organen nichts Abnormes. Besonders keine Milzvergröfserung; eine bei Intermittensverdacht eingeleitete Chinin-Arsenik-Therapie beeinflufste den Zustand nicht im geringsten. Die Therapie im übrigen bestand in lauwarmen Duschen und Bädern; von der Salbenbehandlung bin ich in den Fällen, in denen nicht sehr starkes Jucken besteht, zurückgekommen.

Ende März 1892 stellte sich Patientin wieder vor, im wesentlichen unverändert. Die früher beschriebenen Partien am Bauch waren zu Plaques verschmolzen, die nichts von den anderen Plaques Abweichendes boten. Aber es bildeten sich neben der allmählichen Ausbreitung durch frische Papeln an der Peripherie noch immer neue Gruppen schubweise: multiforme, meist akuminierte, teils obtuse Papeln auf rotem Grunde, und die Patientin betont, dafs dieselben, wie früher, immer gleichzeitig mit einer Verschlechterung des Allgemeinbefindens auftreten. Nur sehr wenige Plaques

sind in Rückbildung und lassen eine leicht pigmentierte Stelle zurück. Die Hautinfiltration verschwindet rasch an diesen Stellen. Die nicht mit Plaques oder Papeln bedeckte Haut macht einen durchaus normalen Eindruck.

Mitte Mai trat akut eine Verschlimmerung des bis dahin eher eine Tendenz zur Heilung zeigenden Processes ein. Auf Stellen, die schon geheilt schienen, bildeten sich neue Infiltrationen, und Patientin gab an, dafs sie an den Armen grofse, rote Flecken gehabt habe, die nun ganz dicht mit Plaques besetzt waren. Sie war sehr elend und ungeduldig. Eine deutliche Besserung ist Ende Juli eingetreten, die mit einigen Schwankungen während der gröfsten Hitze angehalten hat. Mitte September war der Zustand noch nahezu derselbe wie im Januar; Mitte Oktober zeigte sich eine entschiedene Besserung des Allgemeinbefindens, Tendenz zur Resorption an den meisten alten Papeln, aber es schossen von Zeit zu Zeit noch neue Papeln auf.

Krankengeschichte IV.

Frau P. aus A., 25 Jahre alt, Gattin eines höheren griechischen Beamten. Eine hereditär in keiner Weise belastete, etwas anämische, sehr aufgeregte, lebhafte, hysterische Dame. Sie hat zwei Wochenbetten durchgemacht und einige Wochen vor Beginn der Erkrankung ein Kind an Diphtheritis(?) verloren. Sie erkrankte, aufserhalb, im Winter 1888/89. Die Diagnose wurde auf Lues gestellt, bei einer über fast den ganzen Körper ausgebreiteten papulösen Affektion. Sie machte eine Schmierkur durch, ohne Erfolg. Im November 1889 kam sie hierher in unsere Behandlung. Es handelte sich um einen Lichen universalis, ohne zunächst auffällige Besonderheiten. Die Patientin war allerdings sehr elend und nervös. Wir schoben das zunächst auf eine schon lange bestehende Anämie, auf grofse Gemütsbewegungen und nur zum Teil auf die gegenwärtige nervöse Hauterkrankung. Aber, auch in diesem Falle zuerst am Bauche, beobachteten wir das gruppenweise Auftreten neuer Papeln und Plaques. Die Papeln waren alle akuminiert auf durchaus gerötetem Grunde, und zwar konnten wir in diesem Falle, wo wir die Patientin lange Zeit sehr regelmäfsig sehen konnten, das Vorausgehen des Erythems zu den verschiedenen Zeiten konstatieren. Die Papeln folgten später und bildeten einen sehr in die Augen springenden Kontrast gegen die in der gewöhnlichen Weise, durch Auftreten neuer Papeln in der Umgebung der Plaques, erfolgende Art der Verbreitung des Lichen; auch waren die Papeln und Plaques derber und trugen zum Teil gleich zu Beginn ein Schüppchen an der Spitze, waren auch fast alle perifollikulär. Patientin blieb fast acht Monate in meiner Behandlung, die in diesem Falle in Anwendung der Unnaschen Lichensalbe bestand, wegen des heftigen Juckens, und in Darreichung von Arsenik. — Bei der Abheilung war deutlich ein Unterschied zwischen den allmählich entstehenden und den schubweise entstandenen Partien zu konstatieren. An den letzteren persistierte die Pigmentation viel länger, und die Hautinfiltration war viel hartnäckiger. — Diese Patientin wurde also im Sommer 1890 geheilt entlassen. Sie bekam mehrfach ganz unbedeutende Recidive. Das eine sah ich voll entwickelt — es bestand in einzelnen Plaques am linken Unterschenkel. Dann sah ich Patientin, im Frühjahr 1891, mit einem ganz frischen Recidiv am Abdomen — dieses bot durchaus die erythematöse Form mit akuminierten Papeln, ging aber so rasch zurück, dafs es nicht zur Bildung von Plaques kam. Dieses Recidiv würde ich, wenn ich Patientin nicht so lange beobachtet hätte, kaum als Lichen haben diagnosticieren können; darin ähnelte es jenen abortiven, akuten, aber universellen Lichenformen, wie Unna sie gesehen hat, und denen sich auch unser Fall I von Lichen neuroticus (s. unten) nähert. Patientin hat seither ein Wochenbett überstanden, soll sich aber nach Nachrichten, die ich vor kurzem hatte, aufserordentlich wohl befinden.

Krankengeschichte V.

Türkischer Officier, 28 Jahre alt. Bis dahin stets gesund. War von Herbst 1889 bis Frühjahr 1891 in Yemen gewesen und hatte sehr gelitten unter der Hitze. Er war dort akut erkrankt mit einer Hautaffektion, die man nach seiner Beschreibung für eine Miliaria rubra halten könnte; er war abgelöst, und auf der Reise war die Affektion verschwunden. Er kam aber sehr elend hier an, und nach kurzer Zeit bildete sich von neuem eine Hautaffektion aus, die aber der früheren nicht ähneln soll. Er stellte sich vor mit einem universellen Lichen, der anscheinend nur das Besondere bot, dafs der Mund in einer Ausdehnung afficiert war, wie es bis jetzt in unserer Beobachtung einzig dasteht. Die Schleimhaut der Wangen, der Lippen, der Alveolarfortsätze, der Zunge, des harten Gaumens, weniger des weichen Gaumens, waren dicht besetzt mit teils schneeweifsen, kleinen, erhabenen, Stearintropfen ähnlichen, teils flacheren, breiteren, bläulich weifsen Papeln; die Zunge war verdickt, rissig, wie in den schwersten Fällen sklerotischer tertiärer Glossitis. Dieser Patient gab von vornherein selbst an, dafs er anfallsweise Verschlimmerungen seines Leidens verspüre, indem unter Unwohlsein symmetrische, fünfmarkstück- bis handtellergrofse Stellen sich röteten, auf denen sich kleine Papelchen entwickelten, dafs dann die Röte schwände und die Papelchen sich in der gleichen Weise ausbildeten, wie die übrigen gegenwärtig zu beobachtenden. In der nächsten Zeit konnte ich dann solche akute symmetrische Nachschübe selbst beobachten: Juli 1891 an den Oberarmen, bald darauf an den Vorderarmen; im August am Abdomen. Es bildeten sich rote, leicht infiltrierte, eine rote Gänsehaut bildende Stellen; die Röte persistierte nicht, aber die akuminierten, roten, glänzenden Papelchen persistierten, und allmählich bildeten sie sich durch näheres Zusammenrücken neu aufschiefsender Papeln zu Plaques um. Leider entzog sich Patient der Behandlung. — Der folgende Fall, den ich ebenfalls nicht lange in Beobachtung hatte, ist diesem ähnlich.

Krankengeschichte VI.

Türkin, 22 Jahre alt. Stellte sich Herbst 1891 vor, will stets gesund gewesen sein, hat vier Wochenbetten durchgemacht. Sie hat zwei Jahre in Mekka gelebt; im Verlaufe des zweiten Jahres hat die jetzt seit 14 Monaten bestehende Affektion begonnen. Es handelt sich um einen universellen Lichen; die sehr zahlreichen Plaques sind merkwürdig hell gefärbt, rötlich wachsartig und sind sehr derb und erhaben, mit sehr geringer Abschuppung. Während Patientin zu Anfang sehr unter Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schlaflosigkeit und Nervosität gelitten hatte, war das in den letzten Monaten, während sich die Affektion langsam ausbreitete, nicht der Fall gewesen. Plaques und Papeln waren waren zahlreich, aber relativ klein, die dazwischenliegende Haut unbeteiligt. Seit einiger Zeit bekam sie Nachschübe, bei denen über den Brüsten, auf dem Rücken, an den Vorderarmen sich rote Stellen zeigten, die sie stärker brannten, stachen, und auf denen sich kleine Papeln entwickelten. Ich konnte ein solches symmetrisches Erythem an den Vorderarmen beobachten, konnte auch nach einiger Zeit die Umwandlung desselben in Plaques beobachten; leider aber entzog sich Patientin dann der Behandlung, so dafs diese Beobachtung unvollkommen ist. Aber diese kurze Beobachtung genügte, um mich diese eigentümliche, als Erythem beginnende, akute Art der Nachschübe zu konstatieren.

Alle diese Fälle bilden einen Übergang zu der ganz schweren neurotischen Form des Lichens. Bei den meisten scheint entschieden die tropische Hitze einen Einflufs gehabt zu haben; in zweiter Linie spielen Nervosität und Gemütsbewegungen eine Rolle. Stets haben wir einen universellen Lichen von typischem Verlauf, aber unterbrochen von

akuten Nachschüben, die sich als meist symmetrische, plötzlich begleitet von Allgemeinsymptomen auftretende Erytheme dokumentieren. Auf diesen Erythemen bilden sich nun, in der Regel perifollikuläre, meist akuminierte, manchmal polymorphe Papeln, die später die gewöhnliche Metamorphose der Lichenpapeln in Plaques eingehen.

V. Lichen neuroticus.

Krankengeschichte I.

Im letzten Sommer ist ein akuter, rasch verlaufender Lichen neuroticus in meine Behandlung gekommen, der sehr an die leicht verlaufenden, von UNNA publicierten Fälle erinnert.

R...., italienischer Arbeiter, 27 Jahre alt, erkrankte im Juni unter Frost, Hitze, Brennen in der Haut. Von den Handgelenken aus verbreitete sich eine intensive Röte, die wie getupft aussah und sich rauh anfühlte, über beide Vorderarme und griff auf die Oberarme über. Patient stellte sich mir am zweiten Tage vor. Ich glaubte an eine akute, vielleicht durch Sonnenbrand hervorgerufene Dermatitis und liefs zunächst Puder und nach einigen Tagen eine Mischung von Aqua calcis mit Glycerin aa und 10% Zinkoxyd auflegen. Die Röte schien zu verschwinden, aber Patient klagte dauernd über Unwohlsein und über ein stechendes Gefühl in der Haut. Nach 10 Tagen stellte er sich mit einer Verschlimmerung vor. Die zuerst befallenen Partieen waren wieder hochrot, aber nicht geschwollen. Dagegen zeigten sich an der Beugeseite des Handgelenks und in der Ellbogenbeuge zahlreiche kleine, glänzende, akuminierte Papeln. Gleichzeitig zeigten sich unregelmäfsige erythematöse Flecken an der Bauchwand. Der Allgemeinzustand war unbefriedigend, Patient klagte über Kopfschmerz, Nervosität, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit. — Ende Juni waren grofse Teile des Thorax, des Bauches, die oberen Extremitäten befallen. Die Röte schwand nun nicht mehr; die Infiltration der Haut an den befallenen Partien im ganzen nahm etwas zu, die Färbung der Haut wurde dunkler, mit einem violetten Ton, und auf allen befallenen Partien erhoben sich, meist um die Haarfollikel, kleine, derbe, glänzende, rötliche Kegel, von denen viele ein Schüppchen auf der Spitze trugen. Ich schwankte noch immer in der Diagnose, obwohl mir diejenige eines akuten Lichenfalles wahrscheinlicher wurde. Ich verordnete dem Patienten asiatische Pillen, häufige lauwarme Stärkebäder und einen Puder aus Amylum, Zinc. oxydat. und Talcum mit Karbolsäure. Mitte Juli war mit Ausnahme der Finger, des Handrückens, des Kopfes und Gesichtes, der Achselhöhlen und der Füfse der ganze Körper befallen. An den Handgelenken (Beugeseite) konnte man jetzt deutlich die Bildung einiger kleiner Lichenplaques konstatieren. Ebenso flachen sich einige Papeln an der seitlichen Bauchwand etwas ab und nahmen das Aussehen gewöhnlicher Lichenpapeln an. Die allgemeine Pigmentation der Hautdecken hat zugenommen; besonders tief pigmentiert sind jetzt die Unterschenkel. Das Allgemeinbefinden ist dasselbe, wie Mitte Juni. Ende Juli hatte der Patient auf eigenen Antrieb mehrere türkische Bäder mit nachfolgenden kalten Duschen genommen. Ob trotzdem oder infolgedessen, konnte ich Anfang August ein rapides Zurückgehen aller Erscheinungen beobachten. Die Papeln verschwanden aufserordentlich rasch; auf der etwas abgeblafsten, rötlich violetten, immer noch etwas infiltrierten Haut sah man an ihrer Stelle leicht bräunliche Pigmentflecken. Der Allgemeinzustand besserte sich rasch. — Von Mitte August sah ich Patient nicht wieder, bis er sich Ende Oktober vorstellte mit drei grofsen, derben, dunkelvioletten, etwa fünfzigpfennigstückgrofsen, unregelmäfsig geränderten, mit dünnen Schuppen bedeckten Lichenplaques am linken Unter-

schenkel. Er erklärte ausdrücklich, dafs diese Stellen erkrankt geblieben seien, jetzt gröfser würden und sehr stark juckten. In der Umgebung dieser Plaques liefsen sich in der That einige kleine, blafsrote, glänzende, aber nicht akuminierte Papeln konstatieren.

Am übrigen Körper vermochte ich keine Spur der früheren Erkrankung mehr nachzuweisen.

Wenn also vorher noch ein Zweifel an der Natur des Leidens möglich war — diese Plaques machen dieselbe über allen Zweifel erhaben.

Krankengeschichte II.

Frau H. C., 45 Jahre alt, aus K. in Kleinasien. Patientin ist bis vor 6 Monaten durchaus gesund gewesen; hereditäre nervöse Belastung ist nicht nachzuweisen. Obwohl sie in sehr guten Verhältnissen lebt, hat sie doch ihrem Hausstande stets selbst vorgestanden, die Erziehung ihrer zahlreichen Kinder selbst geleitet — von einer nervösen Dame hat sie nichts an sich gehabt. Ein Lungenleiden ihres ältesten Sohnes hat sie in der letzten Zeit körperlich und gemütlich sehr in Anspruch genommen; sie magerte etwas ab, war aufserordentlich erregbar und weinte leicht. Anfang Oktober 1889 sah ich Patientin zuerst. Das Leiden, wegen dessen ich gerufen wurde, hatte vor ca. 1 Monat begonnen. Der Hausarzt teilte mir folgendes mit: Unter Frost, Hitze und grofser Nervosität, die sich besonders gegen Abend einzustellen pflegten, habe sich am Abdomen zuerst, später auch am Thorax ein flüchtiges granuliertes Erythem gezeigt. Diese Erytheme seien zuerst wieder vollkommen zurückgegangen, allmählich jedoch seien am Bauch gruppenweise kleine rote Flecken mit feinen Erhöhungen zurückgeblieben. Dabei fühlte sich Patientin sehr krank, grofse Prostration, Kopfschmerzen und Nervosität. Die Periode, die schon seit einigen Monaten ausgeblieben war, hatte sich wieder gezeigt.

Status: 7. Oktober 1889. Kräftig gebaute, gut mittelgrofse Frau. Die Gesichtszüge tragen einen hochgradig nervösen, leidenden Ausdruck. Die Haut der brünetten, ziemlich dunklen Patientin bietet folgende Veränderungen: An den zuerst befallenen Partien, dem Abdomen, sieht man eigentümlich dunkel sepia-braune, mit einem Stich ins violette pigmentierte Plaques, wenig erhaben über die Haut und von granuliertem Aussehen; mit der Lupe erkennt man in diesen Gruppen noch einzelne akuminierte Papelchen, andere sind abgeplattet. Alle kleinen Papeln entsprechen Follikularmündungen. Der gröfsere Teil des Abdomens ist braunrot verfärbt und befindet sich im Zustande einer roten Gänsehaut, indem die kleinen kegelförmigen Papeln heller gefärbt sind, fast blafsrot gegen die dunkle Haut des Abdomens; wenige von diesen Papeln tragen an ihrer Spitze ein Schüppchen. Am oberen Teil des Abdomens setzt die afficierte Partie ziemlich plötzlich gegen die zwar dunkle, aber nicht gerötete ganz normale Haut ab. Am Thorax finden sich an den Seiten gegen die vordere Axillarlinie je ein, etwa handtellergrofser, rotbrauner Fleck mit ganz dichtstehenden akuminierten Papeln bedeckt. Weiter findet sich eine solche rote Gänsehaut an der Innenseite der Oberarme; an den Vorderarmen hat das Gros der Papeln und die Rötung entschieden Beziehungen zum Verlaufe des nervus radialis und ulnaris. Hier ist die Rötung reiner rot, die Hautfarbe und die der Papeln differieren nicht. Die Papelchen tragen fast alle ein Schüppchen an der Spitze. Der übrige Körper ist frei, jedoch fühlt Patientin in Partien, die schon erythematös waren, ebensolches Jucken, wie in den gegenwärtig sichtbar afficierten Teilen. Die Nervosität, Aufregung und das Jucken lassen sie nicht schlafen.

Auf das ganze klinische Bild hin glaubte ich sofort, es mit einem schweren Lichenfall zu thun zu haben, und zwar mit einem Lichen neuroticus. Ich stellte die Prognose, eingedenk dessen, was die Arsentherapie sonst leistet, nur ungünstig in

Bezug auf die Dauer der Erkrankung. Es wurde eine Arsenikkur verordnet, mit 3 Pillen (Pillulae asiaticae) täglich beginnend und bis 9 Pillen steigend, aufserdem eine Schmierkur mit der Unnaschen Lichensalbe und wegen der grofsen Nervosität Einwickelungen in feuchte Tücher abends für 1—2 Stunden. Trotzdem verschlimmerte sich der Zustand. Es wurden immer neue Regionen befallen. Zum Teil ging die Ausbreitung allmählich und unregelmäfsig vor sich, zum Teil waren aber deutliche, plötzliche Nachschübe zu konstatieren; so z. B. trat symmetrisch je ein Fleck auf den Streckseiten der Oberschenkel auf. Dabei traten an den früher befallenen Partien immer mehr die Pigmentierung und die Konfluenz akuminierter Gruppen zu lichenoiden Plaques in den Vordergrund. Das Allgemeinbefinden war dauernd ein sehr schlechtes. Im December mufste ich zur Patientin kommen; da sie nicht mehr nach Konstantinopel fahren konnte. Sie ist lebensüberdrüssig, fühlt sich häufig schwer krank, fröstelt und fiebert, schläft nicht vor Nervosität und Jucken. Der Status am 12. December 1889 war folgender: Patientin spürt auf die oben erwähnte Therapie keine Besserung; im Gegenteil dauern die fieberhaften Attacken fort; die Temperatur ist jedoch nachweisbar kaum erhöht — höchstens bis 38°. Am Abdomen ist der gröfste Teil der Haut mit tief rotbraunen, leicht violett gefärbten, wenig schuppenden, glänzenden Plaques bedeckt, mit unregelmäfsigen Randungen, leicht über die wenigen, ausgesparten, mit kleinen kegelförmigen Papeln besetzten, tief rotbraun gefärbten, nicht einbezogenen Hautpartien erhoben. Der Kopf und das Gesicht sind frei. Am Halse zieht sich die Affektion, vom Thorax her, seitwärts, etwa den Grenzen des Sterno-cleido-mastoideus folgend, bis zur Mitte des Halses hinauf. Auf geröteter Haut stehen hier dicht gedrängt akuminierte, an ihrer Spitze ein Schüppchen tragende Papelchen; an einigen Stellen sind mehrere dieser roten, glänzenden Papelchen dicht zusammengerückt, so dafs sie eine flache Lichenpapel bilden, deren Zusammensetzung aber meist mit der Lupe zu konstatieren ist. Gegen die Brust zu nimmt die Menge der gröfseren Papeln und eine tief dunkelbraune Pigmentierung rasch zu; dieselbe ist am stärksten unter den Brüsten, von wo sie ohne Unterbrechung in die gleichmäfsig befallene Abdominalhaut übergeht. Unter den Brüsten sind, mit weniger ausgesparten kleinen Inseln, die aber nur weniger befallen sind, die ganze Haut in eine tiefsepia-schwarzbraune Plaque-Masse verwandelt, die wenig schuppend, glänzend ist. Die Haut beginnt sich hier in Falten zu legen, die feineren Richtungslinien der Haut sind aber verwischt. Fast frei sind die Achselhöhlen. Der Rücken bietet das Bild eines polymorphen Lichen. Die planusartigen Plaques sind weit isolierter und mehr dunkelrotbraun gefärbt; dazwischen finden sich, anscheinend im Niveau zurückgesunken, Hautpartien, die dicht mit akuminierten Papelchen bedeckt sind, jedoch entsprechen dieselben hier entschieden nicht immer Haarfollikeln. Vom Rücken und Bauch abwärts breitet sich die Erkrankung, in der Art wie auf dem Rücken, über den Hintern, die Geschlechtsteile auf die Oberschenkel aus, hier fast ganz die Aufsenseiten freilassend. Die Kniekehlen sind stark befallen; wenig befallen sind die Beugeseiten der Unterschenkel und die äufsere Seite. Auf dem Kniegelenk finden sich nur vereinzelte kleine rote abgeflachte Papeln. Die Füfse sind frei. Die Arme sind, besonders in dem Ellbogengelenk und in der Handgelenksbeuge, stark befallen; während am Oberarm und Vorderarm aber die „rote Gänsehaut“ mehr in den Vordergrund tritt, sind an den eben erwähnten Gelenkspunkten die konfluierten Plaques mit tiefbraunroter Farbe vorherrschend. Die Hände sind fast ganz frei, nur in den Handflächen finden sich einige flache, runde, schuppende Papeln. Die Schleimhaut der Wangen zeigt beiderseits zahlreiche kleine, wie Stearinspritzer aussehende Flecken. Die Zunge ist frei. Der Urin enthält Eiweifs. Das Allgemeinbefinden ist höchst ungenügend. Ich

liefs nun einige Zeit die Schmierkur ganz aussetzen, die Arsenikmenge sehr verringern, die feuchten Wickelungen vermehren und eine Milchdiät einführen. — Der Zustand blieb aber im ganzen stationär; die Albuminurie war Mitte Januar geschwunden. — Da die Patientin keine Besserung sah, wandte sie sich an einen anderen Arzt. Ich verlor sie aus dem Auge, bis man mich im August 1890 wieder konsultierte. Ich fand die Patientin sehr elend, abgemagert, verzweifelt. Die Albuminurie hatte sich im Juni wieder eingestellt; Pat. liefs sehr wenig Urin, der häufig blutig war. Der Zustand der Haut hatte insofern eine Änderung erfahren, als der Charakter der Papeln überall mehr verwischt war; über den ganzen Körper war eine tief dunkelbraune Pigmentation, nur hin und wieder finden sich kegelförmige oder abgeflachte oder zu Plaques konfluierte Papeln. Dabei ist die Verdickung der Haut bedeutend, die Spannung und Infiltration in den Gelenkbeugen erschweren die Bewegung; Schuppung ist nur an den Armen und an den Unterschenkeln bedeutender vorhanden, am Abdomen wenig. Frei waren immer noch der Kopf, Gesicht und Füfse; die Hände hatten einige flache Papeln auf dem Handrücken; die Nägel waren getrübt, brüchig, quer gestreift. Ich liefs wieder eine Arsenik- und Wickelkur beginnen; der Arsenik mufste aber sehr bald ausgesetzt werden. Die Haut wurde in den nächsten Wochen geschmeidiger, verlor die Sepiafarbe, blieb aber noch eigentümlich braunviolett pigmentiert, und es trat stärkere Abschuppung ein. Diese, zu Hoffnungen berechtigende Besserung hielt bis Ende 1890 an. Aber es bestand dabei immer noch Albuminurie, zeitweilig Hämaturie, grofse Schwäche, Nervosität. Das Jucken hatte sich bedeutend gebessert. Da stellte sich Ende December 1890 ein Rückfall ein; fast in derselben Reihenfolge wurden rasch Abdomen, Thorax, Arme befallen. Ich habe Patientin dann aus dem Auge verloren. Der behandelnde Arzt teilte mir mit, dafs sie im März 1891, nach wirklichem Siechtum, an einer Pneumonie gestorben ist.

Krankengeschichte III.

H. . . Bey, türkischer Officier, 38 Jahre alt. Patient hat nie schwere Krankheiten, nie Hautleiden gehabt. Er ist seit einigen Jahren magenleidend und infolge dessen sehr nervös und Hypochonder. Im November 1891 fühlte er sich krank, nervös, abgeschlagen, schlaflos; das Magenleiden — Dilatation — nahm mit dyspeptischen Erscheinungen zu. Unter Frost, Hitze und Kopfschmerzen bemerkte er ein juckendes, brennendes Gefühl zuerst an den Armen und Beinen; es zeigte sich, dafs die Haut „gerötet und rauh“ war. Die Rötungen gingen und kamen, breiteten sich rasch über den ganzen Körper aus. Allmählich blieben rote Flecken zurück, die noch wieder dunklere Partien einschlossen. Da anderweitig verordnete Puderungen nichts genutzt hatten, konsultierte Patient mich Anfang December 1891.

Status. Ein grofser, kräftiger Mann, von etwas aufgeregtem Wesen und nervösem, leidendem Gesichtsausdruck. Die Darstellung seines Zustandes läfst sofort den Hypochonder erkennen. — Mit Ausnahme des Gesichtes, Kopfes und unter geringer Beteiligung der unteren Extremitäten ist die Haut des ganzen Körpers mit der im folgenden, nach den einzelnen Regionen angegebenen Affektion behaftet. An den Armen, besonders an der Beugeseite, ist die Haut rot, mit einem leichten Ton ins bräunliche, pigmentiert. Die Haut sieht wie chagriniert aus; sie ist dicht besetzt mit feinen kegelförmigen, rötlichen Papelchen, die meist den Harnfollikeln entsprechen. Gegen die Streckseite nimmt die Pigmentierung und die Zahl der Papeln ab. Dagegen sind die Gelenkbeugen, besonders die Beugeseite des Handgelenks, stärker befallen. Die Streckseiten der Gelenke sind frei. Während nun in den Gelenkbeugen die Papeln zu kleinen Plaques konfluiert, zum Teil stark schuppend, zum Teil glänzend, unregelmäfsig umrandet sind, bewahren sie an Vorderarm und Oberarm, und zwar besonders da, wo sie weniger dicht stehen, an der Streckseite,

durchaus ihren akuminierten Charakter. Auf dem Handrücken finden sich ziemlich zahlreiche, etwas abgeflachte Lichenpapeln von rotbraunem Ton, der stellenweise durch Schuppen verdeckt ist. In den Handtellern zahlreiche runde, weifse, schuppende Papeln. Am Hals seitlich nur spärliche isoliert stehende, kegelförmige Papeln von rötlicher Farbe, meist um einen Haarfollikel gruppiert, mit kleinen Schuppen bedeckt. Der gleiche Zustand am Thorax und an der vorderen Brustwand. Am Rücken bis zum Gürtel fast der gleiche Zustand; nur ist die Pigmentation der Haut hier stärker, und stellenweise finden sich kleine Plaques zusammengedrängter akuminierter Papeln, die den Planustypus angenommen haben. Abdomen und Gürtel sind tief dunkel, sepiafarben pigmentiert; die Papeln sind dicht, regelmäfsig gestellt, haben dunkelrote Farbe, lassen häufig ein Haar in ihrer Mitte erkennen und sind leicht schuppend. Ein gröfserer Bezirk unter der Lupe giebt einen Eindruck von der Zierlichkeit und Regelmäfsigkeit der akuminierten Papeln. Sie machen den Eindruck, als habe der Kegel einen breiteren Fufs, dann einen Absatz und eine diesem aufgesetzte Kegelspitze; der untere Teil ist pigmentierter, während der obere Teil rötlicher ist und meist ein Schüppchen trägt. Der Penis weist eine ganze Anzahl Papeln auf, die sich in nichts von Planuspapeln unterscheiden. — Der Allgemeinzustand ist ein sehr ungünstiger. Gegen Abend verspürt Patient heftiges Frösteln, Hitze, Kopfschmerzen; er fühlt sich derartig abgeschlagen, dafs er kaum seinen Dienst auf dem Bureau zu versehen vermag. Appetit fehlt ganz, Schlaflosigkeit infolge des Juckens. Der empfindliche Zustand des Magens liefs Vorsicht bei Gebrauch des Arseniks nötig erscheinen. Es wurde eine Karbol-Sublimat-Schmierkur durchgeführt. Der Arsenik wurde wider Erwarten gut vertragen.

15. Januar 1892. Die Krankheit macht entschiedene Fortschritte. Besonders breitet sie sich jetzt über die unteren Extremitäten aus, während an den oberen Extremitäten die Bildung von Plaques und die dunkle Pigmentierung zunimmt. Die Nägel, Haare sind nicht ergriffen. Die Mundschleimhaut ist intakt. Der Allgemeinzustand sehr unbefriedigend; Patient ist tief deprimiert, leidet sehr unter der Nervosität und Schlaflosigkeit; er will seines Magens wegen Arsenik aussetzen, läfst sich aber bereden, ihn weiter fortzusetzen. Ende Februar 1892. Während auf der Haut sicher ein Stillstand, stellenweise ein Rückschritt des Leidens insofern zu konstatieren ist, dafs neue Nachschübe selten sind, die befallenen Partien, unter Verschwinden der Papeln, gleichmäfsig dunkel braunrot pigmentiert erscheinen, ist der Allgemeinzustand höchst unbefriedigend. Auffallend ist die geringe Infiltration der Haut; die Gelenkbeugen, obwohl afficiert, zeigen keine Rhagaden, keine starke Faltung, keine Spannung. Kopf, Gesicht, Mundschleimhaut, Haare, Nägel intakt. — Arsenik fortgesetzt, ebenso Schmierkur.

Ende April. Patient hat auf meinen Rat einen Luftwechsel vorgenommen und häufig türkische Bäder genommen. Es ist in jeder Hinsicht eine Besserung zu konstatieren. Er hatte über 15 kg an Gewicht abgenommen; seit etwa drei Wochen nimmt der Appetit zu; Patient schläft manchmal ohne Schlafmittel. Das Jucken tritt nur noch anfallsweise auf. Der Zustand der Haut ist sehr verändert. Die ganze Affektion hat mehr das Aussehen eines universellen Lichen planus angenommen; nur die allgemeine Pigmentierung, die immer noch dunkel rotbraun ist, entspricht dem genannten Typus nicht. Die Haut ist geschmeidig, auf den Plaques reichlich schuppend. Akuminierte Papeln finden sich nur vereinzelt. Auf den Nägeln sind jetzt einige Querringe zu erkennen, unterhalb welcher die Nagelsubstanz matt und weicher ist. Haare, Gesicht sind unverändert. Anfang Juni waren nur noch etwas tiefere, allgemeine Pigmentation vorhanden und hie und da im Verschwinden begriffene, tief dunkel pigmentierte Flecken zurücklassende Plaques. Der Allgemeinzustand hatte

sich gebessert, Patient hat Appetit und schläft; Jucken sehr mäfsig. Die Schmierkur war schon vor einiger Zeit ausgesetzt worden. Patient nimmt jetzt kalte Bäder und setzt die Arsenikkur fort. — Seither habe ich ihn nicht wieder gesehen, aber (November 1892) Nachricht, dafs er seinen Dienst versieht und sich relativ wohl befindet.

(Fortsetzung folgt.)

Übersicht über neuere Heilmittel in der Dermatologie.

Von

Dr. A. Strauss in Barmen.

Lysol oder **Kresolsaponat**, von Dr. Burckhardt in Bremen. (*Centralblatt f. Gynäk.* 1893. No. 4.)

Im Gegensatz zu dem patentierten Lysol kann das gleichwertige, weniger gefärbte und weniger unangenehm riechende und 33 % billigere Kresolsaponat von jedem Apotheker hergestellt werden: Reine Kaliseife wird im Dampfbade in einer Schale zum Schmelzen gebracht und mit der gleichen Menge heller roher (sog. 100%iger) Karbolsäure versetzt. Die sofort erfolgende Lösung wird so lange erhitzt, bis eine herausgenommene Probe beim Erkalten klar bleibt und sich in destilliertem Wasser löst. Es resultiert unter Abscheidung einer geringen Menge schleimigharziger Substanz, die sich an die Gefäfswandungen fest anlegt, eine klare, madeirafarbene, neutral reagierende Flüssigkeit von 1,06 spezifischem Gewicht, die sich in Wasser, Alkohol, Glycerin in jedem Verhältnis klar löst. Eine geringe Trübung, die sich bei den Versuchen der Löslichkeit in Alkohol und Chloroform nachweisen liefs, wurde durch einmaliges Aufkochen des „Kresolsaponates" beseitigt.

Europhen-Bayer.

William S. Gottheil, New York, (*New York Med. Record.* 17. Dezbr. 1892) sah bei Anwendung des Mittels in Salbenform die besten Resultate bei tertiären, syphilitischen Ulcerationen. Von vier Fällen wurden drei schnell geheilt, einer war sehr gebessert, als der Patient sich der Behandlung entzog. Ausgezeichnete Resultate wurden sodann bei Pityriasis versicolor und Trichophytiasis corporis (Tinea circinata) gesehen. Acne und Folliculitis wurden nicht beeinflufst. Pruritus senilis, Alopecia areata und Keratosis pilaris wurden gebessert, aber nicht mehr als durch andere Mittel. Von sieben Fällen von Ekzem wurden die chronischen sehr gebessert, zwei geheilt;

für die akuten zeigte es sich weniger günstig. Bei seborrhoischem Ekzem war der Erfolg unentschieden. In drei chronischen Fällen dieser Krankheit guter Erfolg. Parenchymatöse Dermatitis (sieben chronische Fälle) mit schlaffen Ulcera und totem Gewebe wurden sehr gebessert. Von sieben Fällen von Psoriasis war bei sechs derselben das Resultat ebensogut wie nach Chrysarobin. Hervorgehoben wurden besonders die Reizlosigkeit und Ungiftigkeit des Mittels, welches meist in ca. 10 %igen Salben angewandt wurde. MIGNECO (*Gazz. degli ospitali.* 1892. No. 1) hatte bei 10 mit venerischen Ulcera behafteten Patienten von dem in Pulverform angewandten Europhen sehr günstigen und rascheren Erfolg als von Jodoform. Die Sekretion nahm rasch ab, und die Überhäutung des Substanzverlustes war bald eine vollständige. Bei ulcerierten syphilitischen Geschwüren, Ulcus durum und zerfallenden Gummen waren die Erfolge weniger günstig. Betont wird gegenüber dem Jodoform auch die Geruchlosigkeit des Mittels.

Amylum jodatum.

Zu Einreibungen an Stelle der Jodpinselungen wird folgende, leicht in die Haut eindringende und dieselbe nicht reizende Salbe empfohlen. (P. WERBITZKY, *Wratsch* 1892, 922):

℞ *Amyli jodati*	3,0
Lanolin.	30,0
Ol. Calami	gtts. III.
Mf. ungt.	

Aluminium-Kalium sulfophenolicum wird wegen seiner antiseptischen, adstringierenden und styptischen Wirkung in 5—20 %igen wässerigen Lösungen bei Krebsgeschwüren, Knochenfisteln und übelriechenden Geschwüren, sowie als Collutorium bei übelriechendem Atem von TAROZZI (*Gaz. med. ital.* 1891. 287) empfohlen.

Calcium bisulfurosum liquid., ein billiges, haltbares, ungiftiges Antisepticum hat sich vorteilhaft in 4—8fachen wässerigen Verdünnungen bei Vaginitis, Ekzemen, Verbrennungen, Geschwüren bewährt. Das Präparat darf nicht mit Metallen in Berührung kommen. (HENRY BERG, Eira, Stockholm 1892. XVI.)

Acidum cinnamylicum puriss.

LANDERER („*Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmetsäure*“, Leipzig 1892) empfiehlt sowohl bei innerer als auch bei chirurgisch zu behandelnder Tuberkulose die Zimmetsäure in folgender Emulsion:

℞ *Acid. cinnamylici*	5,0
Ol. amygdalar. dulc.	10,0
Vitelli ovi No. I.	
Solution. Natrii chlorat. (0,7 %) q. s.	
Misce ut f. em.	
Ds. Zur Injektion.	

Vor dem Gebrauch mufs die Emulsion durch Zusatz von 25 %iger Kalilauge schwach alkalisch gemacht werden. Dosis schwankt zwischen 0,1—1 ccm, bei Kindern und geschwächten Personen ist sie noch geringer. Zwei Injektionen wöchentlich. Bei fistulösen Processen werden Einspritzungen und Ausätzungen mit Zimmetsäurealkohol (1 : 20) angewendet. In Lupusknötchen werden je 1—2 Tropfen folgender Lösung injiciert:

℞ *Acid. cinnamylici*
Cocain. mur. aa 1,0
Spir. vini 18,0
Ds. Zur Injektion.

In einer Sitzung können bis zu 10 Einspritzungen vorgenommen werden.

Acidum phenyloboricum wirkt infolge seiner antiseptischen Eigenschaften (Fäulnis wird in 0,75 %iger Lösung, ammoniakalische Harngärung in 1 %iger Lösung unterdrückt) nach G. MOLINARI (*Giorn. intern. delle Sc. med.* 1891. 30. 8d. *Chem. Centralbl.* 1892. II. 224) als Verbandmittel auf Wunden und venerische Geschwüre günstig ein und bringt sie rasch zur Heilung. Die Phenylborsäure ist nicht so giftig, wie die Karbolsäure; tödliche Dosis bei subkutaner Applikation für Kaninchen 1,5 g.

Calcium jodat. puriss. sicc.

℞ *Calcii jodat. pur. sicc.* 10,0
Aq. destill. 160,0
Aq. Menth. pip. 30,0
MDS. Dreimal täglich 1 Eßlöffel (bei Syphilis).

Kankroin.

Auf Grund seiner Anschauung von der parasitären Natur des Krebses, die er durch die Ergebnisse der Implantationen von Krebssubstanz in die Gewebe, insbesondere in das Hirn von Tieren, (dieselben starben ausnahmlos!) für unzweifelhaft hält, glaubt ADAMKIEWICZ diese Implantation von Krebssubstanz ins Gehirn als charakteristisches Reagenz zur Feststellung der krebsigen Natur einer bösartigen Neubildung benutzen zu können. Die Untersuchung der geimpftem Gehirne hat ihm gezeigt, dafs die Krebszellen selbst die Parasiten sind, welche er zu den Coccidien rechnet und Coccidium sarcolytus nennt. Dieselben entwickeln sich nur im lebenden Organismus und sondern als Stoffwechselprodukte ein Gift, Kankroin, ab, in welchem er ein wirksames Schutzmittel gegen die Parasiten selbst erkennen zu müssen glaubte. Im keimfreien frischen Leichengewebe fand er sodann ein in seiner Wirkung dem Kankroin ähnliches und physiologisch nahestehendes Gift.

Da nun die einzige wirksame Base des frischen Leichengewebes das BRIEGERsche Cholin ist, aus dem durch Wasserabspaltung das Neurin entsteht, so prüfte A. diese beiden Basen auf ihre therapeutischen Eigenschaften gegen Krebs und fand, dafs jede Einverleibung des Neurins

in den krebskranken Organismus die Abtötung einer Zahl von Krebszellen im Krankheitsherde zur Folge hat. Er nannte nun eine wässerige Lösung von Neurin, der Phenol- und Citronensäure zugesetzt wurde, ebenfalls Kankroin wegen der physiologischen Analogie mit dem eigentlichen Kankroin; er injicierte diese Lösung in 25 ausführlich mitgeteilten Fällen von bösartigen Neubildungen. Abgesehen von einer schmerzlindernden, beruhigenden und desodorierenden Wirkung soll sie den Schwund krebsiger Infiltrationen zur Folge haben. Kankroin I, II, III, verschieden starke Lösungen, sind von Merck, Darmstadt, zu beziehen.

Extractum antiscorbuticum fluidum. Extractum Sarsaparillae compositum fluidum. Diese beiden Extrakte sind zur „ex tempore"-Bereitung des Sirop de Raifort composé und des Sirop de Salsepareille composé der französischen Pharmakopoe bestimmt. Zur Herstellung des ersteren Sirups mischt man 100 g Extr. antiscorb. fluid. mit 900 g Sirup. simpl.; zur Herstellung des zweiten 100 g des betreffenden Extraktes mit 600 g Sirup. simpl. und 300 g Sirup. mellis (Pharm. franç).

Hydrargyrum pyroboricum, ein amorphes braunes, in den gebräuchlichen Lösungsmitteln unlösliches Pulver hat sich nach V. Tokayer (*Pharm. Post.*, 1892, pag. 159) bei der Behandlung von Wunden bewährt.

℞ *Hydrarg. pyroborici* 1,0
Bism. subgall. 10,0
Ds. Streupulver.

Hydrargyrum resorcino-aceticum. Dunkelgelbes, mäfsig feinkörniges krystallinisches, in Wasser, Mineralölen unlösliches Pulver.

O. Ullmann (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1892, No. 6—17) injicierte das Mittel bei Syphilis. An Intensität der Lokalwirkung steht es mit dem grauen Öle und Thymolquecksilber auf gleicher Stufe.

℞ *Hydrarg. resorcino-acetici* 5,6
Paraffin. liquid. 5,5
Lanolin. anhydr. 2,0
(1 ccm enthält 0,387 Metall).

Vor der Injektion (wöchentlich einmal 0,077 = 0,2 ccm) auf 25° C. zu erwärmen. An ein und derselben Injektionsstelle ist nicht mehr als 0,01 ccm zu injicieren.

Hydrargyrum tribromophenolo-aceticum injicierte ebenfalls Ullmann (l. c.) in folgender Formel:

℞ *Hydrarg. tribomophenolo-acet.* 6,5
Paraffin. liqu. 18,0
(0,5 ccm = 0,039 Metall).

Sehr wirksames und mildes Präparat. Einmal wöchentlich 1 ccm der Suspension = 0,078 Metall; an einer Stelle soll nicht mehr als 0,5 ccm injiciert werden.

Natrium aethylicum siccum. Gamberini und Monari (*Rev. de thérap.*, 1892, pag. 331) heilten durch Einreibungen mit Linimenten aus 20 g Natriumäthylat und 80 g Olivenöl in 20 Tagen Psoriasis, desgleichen Lupus erythematosus, welcher nach der Curettage mit Einpinselungen von 10%igen wässerigen Lösungen behandelt war. Auch Fälle von Pagetscher Krankheit, sowie torpide Geschwüre wurden von 10%igen Lösungen sehr günstig beeinflufst.

℞ *Natrii aethylici sicci* 10,0
Spiritus saponati 35,0
Spiritus Lavandulae 5,0
MDS. Mit gleichen Teilen Wasser vermischt zu Umschlägen.

Natrium sulfothiophenicum hat sich nach E. Spiegler (*Therap. Monatsh.* 1892. Pag. 66) in 5—10%igen Salben mit Vaselin und Lanolin a bei Prurigo wohl bewährt. Besondere Vorzüge vor Naphtol sind die vollkommene Ungiftigkeit und Reizlosigkeit des Mittels, die besonders bei gleichzeitig bestehendem Ekzem und bei Nephritis in Betracht kommen. Es hat etwas unangenehmen Geruch. Schwefelgehalt 33%.

Mit **Pyoctaninum caeruleum** erzielte Oker-Blom (*Duodecim* 1892. VIII. pag. 36; *Schmidts Jahrb. d. ges. Med.* 1892. Bd. 234. pag. 341) bei Ulcus rodens Heilung. V. Oefele sah guten Erfolg bei Gonorrhoe mit folgenden Bougies:

℞ *Pyoctanini caerul.* 0,1
Cerae fl. et Lanolin. q. s. ut f. bougie.
S. Morgens und abends 1 Stück einzuführen. (Im akuten Stadium der Gonorrhoe, mehrmals täglich eingeführt, können dieselben zur Abortivkur benutzt werden).

Resorcinol, amorphes, braunes, nach Jod riechendes, aus Resorcin und Jodoform dargestelltes Pulver.

Dr. Bielajew (*Sem. méd.* 1892. No. 50) sah guten Erfolg bei Schanker, Fufsgeschwüren, übel aussehenden Wunden, bei Krätze, Psoriasis, Ekzem, Lichen. Es stillt meist sofort den Juckreiz, ist rein nur bei gangraenösen oder sehr atonischen Wunden anzuwenden.

℞ *Resorcinol.* 5,0
Talci veneti 20,0
DS. Streupulver.

℞ *Resorcinoli* 3,0
Amyli tritici 2,0
Adip. suilli 30,0
Mf. ungt.

Sozal (paraphenolsulfosaures Aluminium), krystallinische Körner von stark adstringierendem Geschmack, leicht löslich in Wasser, Glycerin, Alkohol, hat sich nach Lüscher (Inaug.-Dissert. Bern 1891 u. *Pharmac. Ztg.* 1892. pag. 489), sowohl innerlich, als auch in 1%igen Lösungen

injiciert, besonders bei Cystitis als sehr wirksam erwiesen. Wegen seiner Haltbarkeit könnte das Mittel gegenüber dem Aluminiumacetat in Betracht kommen.

Tinctura Lycopodii clavati. Seine ausgezeichnete Wirkung bei Incontinentia urinae rühmt G. J. Greene (*Progr. méd.* 1892. No. 25). Wahrscheinlich wirkt das Mittel dadurch, dafs es die Schleimhaut des Blasenhalses anästhesiert, den Tonus des Blasensphinkters erhöht und die Nierensekretion herabsetzt. Man giebt dreimal täglich 40 Tropfen oder

℞ *Tinct. Lycopod. clav.*	25,0
Mixt. gummos.	120,0
Sirup. balsam.	30,0

MDS. Dreimal täglich einen Eſslöffel zu nehmen.

Zincum permanganicum.

Zinc. permangan.	1,0
Aq. destill.	700,0

MDS. Zu Einspritzungen in die Harnröhre bei Gonorrhoe (E. Hertz, Inaug.-Diss. München 1892).

Verſammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

IV. Jahresversammlung.

(Originalbericht von Dr. Louis Wickham.)

Dieser Tage hat im Hôpital Saint-Louis die **vierte Jahresversammlung der Dermatologischen Gesellschaft** stattgefunden. Aufser der regelmäfsigen Monats-Sitzung tagen die Mitglieder nämlich im April an drei Tagen hintereinander und bilden gewissermafsen einen Kongrefs, zu dem viele Kollegen aus der Provinz und auch einzelne vom Ausland erscheinen. So waren das letzte Mal z. B. anwesend Dubois-Havenith von Brüssel und Jon. Hutchinson von London, der während des ganzen Kongresses rechts vom Präsidenten safs, u. s. w. Aufserdem wurden Mitteilungen von Haslund aus Kopenhagen und Georges Thin aus London verlesen.

Durch die Wahlen, die jedesmal nach Eröffnung dieses April-Kongresses stattfinden, hat der Vorstand einige Veränderungen erfahren. Der bisherige Generalsekretär Vidal wurde an Stelle von Lailler, der zurücktrat, zum Vorsitzenden erwählt, während Hallopeau Generalsekretär wurde.

Leider waren Fournier, Vidal und Brocq aus Gesundheitsrücksichten diesmal nicht erschienen.

Erster Tag. Donnerstag, 6. April.

Hallopeau und Jeanselme stellen einen Fall von **Mycosis fungoides** vor, der gleich mit massiver Gangrän und Knochenblofslegung einsetzte. Sie bemerkten dazu, dafs diese Entzündung beim Weiterschreiten einen Wulst vor sich herschiebt, der, während er an seinem äufseren Rande immer umfangreicher wird, an seinem inneren Rande gleichzeitig zerfällt. Bemerkenswert erscheint ferner, dafs seine konvexe Oberfläche ganz glatt ist, dafs er sich scharf von seiner Umgebung abhebt und dafs er

sich etwas nach aufsen umlegt. Die Entzündung sitzt links am Kopfe und hat das linke Ohr ergriffen und teilweise auch schon zerstört; das Auge ist bedroht. Eine teilweise Resektion hat zwar das weitere Fortschreiten der Entzündung etwas aufgehalten, aber sie befindet sich bereits wieder in vollem Vormarsch. Ihre Oberfläche ist zerfallen und sieht einer Granulationsschicht sehr ähnlich; sie unterscheidet sich von dieser nur durch die unaufhörliche Neubildung kleiner, brandiger Herde und durch die Anwesenheit miliarer Knötchen, die teils einzeln, teils auch dicht nebeneinander stehen. Diese miliaren Knötchen sind rund, durchscheinend und hart; sie sind die Elementarknoten der Neubildung und entsprechen den miliaren Granulationen der Tuberkulose. Tierimpfungen sind erfolglos geblieben.

Dubreuilh (Bordeaux) berichtet über einen Fall von **Alopecie mit nachfolgender Vitiligo.** Thibierge und Morel-Lavallée haben bereits ähnliche Fälle beschrieben. Diese Fälle haben für die französische Schule, die bekanntlich zwei verschiedene Formen von Haarschwund, eine trophoneurotischen, die andere parasitären Ursprungs, annimmt, eine grofse Bedeutung. Eine genaue Untersuchung derselben dürfte sich lohnen, da sie vielleicht dazu beitragen könnte, Unterschiede zwischen der parasitären und trophoneurotischen Alopecie aufzudecken; denn wahrscheinlich beruht der vitiliginöse Haarschwund auf nervösen Störungen. In dem Dubreuilhschen Falle ging die Alopecie der Vitiligo vorauf, während der Verlauf gewöhnlich ein umgekehrter ist.

Barthélemy bestreitet, dafs in allen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen beiden Formen bestehe; er hat häufig genug die Vitiligo im Verlauf von andern Krankheiten beobachtet, die sicher nicht trophoneurotischer Natur waren. Morel-Lavallée meint, dafs selbst in den Fällen, wo Alopecie und Vitiligo zusammen auftreten, die klinische Beobachtung keine Anhaltspunkte für die Pathogenese der Grundkrankheit liefere.

Dubreuilh teilt zwei Fälle von **Angiokeratom** mit. Die Fälle betrafen Mutter und Tochter. Es ist wunderbar genug, dafs diese Krankheit sich so häufig familial weiter verbreitet.

Ch. Audry (Toulouse) macht zwei Mitteilungen, über die ich ausführlicher berichten will, da sie besonders das Interesse der Unnaschen Schule erregen werden.

Ch. Audry: **Anatomische Untersuchungen über die Keratosen (Psoriasis, Pityriasis rubra pilaris, Angiokeratom, Ichthyosis, Verruca u. s. w.)**

1. Das Eleidin ist bei einem Übermafs von Keratin-Bildung immer vermehrt, gleichviel aus welchem Grunde die letztere erfolgt.

2. Das Verbleiben der Kerne in der hypertrophischen Hornschicht deutet vermutlich auf eine sekundäre Keratin-Bildung hin.

3. Denn bei den einfach vaskulären (Angiokeratom) und neurotischen (Papilloma neuroticum) Hyperkeratosen trifft man in der Hornschicht keine Kerne.

4. Man trifft sie ferner nicht, oder doch nur spärlich, bei der Verruca vera und bisweilen selbst bei dem Eccema seborrhoicum.

5. Man darf das Verweilen der Kerne in der Hornschicht nicht als ausschliefsliches Zeichen von Parakeratosis auffassen.

6. Die erste Veränderung bei der Psoriasis besteht darin, dafs das Eleidin verschwindet, und zwar scheint das die Wirkung einer richtigen, keratolytischen Epidermatose zu sein. Erst nachdem sich sekundäre Entzündungserscheinungen eingestellt haben, kann man die Psoriasis als einen Typus von Parakeratosis im Unnaschen Sinne betrachten. Im Anfang entspricht sie viel mehr der Auffassung von Auspitz.

7. Die Pityriasis rubra pilaris hat mit der Psoriasis nichts Gemeinsames, ist ihr vielmehr entgegengesetzt. Sie beruht auf einer einfachen Hyperkeratose und ist wahr-

scheinlich das zweite Stadium einer Entzündung des Haut-Papillarkörpers. Es handelt sich hier um eine Dermitis mit übermäfsiger Keratin-Bildung, nicht um eine Parakeratose.

8. Es ist noch fraglich, ob die Verminderung des Eleidin sich regelmäfsig bei der Parakeratosis findet. (Beim Eccema seborrhoicum ist das Verhalten ein schwankendes.)

9. Die typische familiale und kongenitale Ichthyose unterscheidet sich von allen den bisherigen Formen durch das Fehlen jeglicher Entzündungserscheinung oder Gefäfserkrankung, durch Atrophie der Schleimschicht, durch mangelnde Kernbildung und durch das Ausbleiben von Verklebungen (adhérence) in den hyperkeratinierten Schichten. Vielleicht spielt auch der Schwund der Talgdrüsen eine grofse Rolle. Im ganzen bildet die Ichthyose eine paradoxe Erkrankung, indem sich Vermehrung des Eleidin und mächtig gesteigerte Keratin-Bildung neben einer atrophischen Haut finden.

Mit dem Papilloma corneatum neuroticum ist die Ichthyosis keineswegs identisch.

Ch. Audry: **Über das Angiokeratom.**

Die Krankheit, die seit der Arbeit von Mibelli als Angiokeratom bekannt ist, kommt recht häufig vor. Audry weist 34 Fälle nach, von denen 23 beobachtet sind darunter befinden sich vier eigene Beobachtungen; drei sind noch nicht veröffentlicht alle betrafen sie junge Leute. Der Sitz war, wie gewöhnlich, an den Händen oder an den Füfsen, und es waren alle möglichen Abstufungen vom „Piqueté angiomateux" bis zum ausgesprochenen Angiokeratom vertreten. Sämtliche Patienten hatten viel an Frost gelitten und wiesen einen gewissen Grad von Asphyxie der Gliedmafsen auf.

Die histologische Untersuchung befafst sich mit den Angaben von Mibelli. Aber nur bei den gut entwickelten Elementen findet sich neben der Erweiterung der Kapillaren auch eine solche der Lymphgefäfse. Wie in allen Fällen von übermäfsiger Keratin-Bildung ist auch hier das Eleidin stark vermehrt. In der Hornschicht findet sich keine abnorme Kernbildung. Es handelt sich um einen Typus von passiver Hyperkeratinisation, bedingt durch eine Gefäfserweiterung und unabhängig von jeder Infektion. Von diesem Gesichtspunkt aus bietet die Krankheit namentlich ein grofses anatomisches Interesse. Therapeutisch ist die Elektrolyse das bewährteste Mittel.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 7. Februar 1893.

Dr. A. Philippson referiert über die bekannten Erfahrungen Neissers bei der **Untersuchung der Prostituierten auf Gonorrhoe** in Breslau. Bei der jetzigen Ausarbeitung einer neuen Hamburger Medicinalgesetzgebung würde es sich sehr empfehlen, die Breslauer Einrichtungen für Hamburg zu verwerten.

Dr. A. Philippson demonstriert 1. ein Erythema bullosum auf Handrücken, Finger und Hohlhand, 2. eine Acne necrotica.

Dr. Sick demonstriert eine Patientin, welche sich vor 4 Wochen eine **Glasscherbenverletzung** des linken Vorderarms zugezogen hatte. Die Prima intentio gelang nicht; alle Mafsnahmen (Salben verschiedenster Art, Umschläge, Ätzungen mit Arg. etc.), selbst innerliche Mittel, Jodkalium etc., vermochten eine Heilung der Granulationsfläche nicht zu erzielen. Erst unter einem sehr dicken Gypsverband gelang es in kürzester Zeit, die Affektion zu heilen. Pat. hatte durch artificielle Mafsnahmen stets die Heilung verhindert, bis sie entlarvt wurde.

Sitzung vom 21. Februar 1893.

Herr Eisenlohr demonstriert einen Fall von sogen. **Morvanscher Krankheit.** Der vorgestellte Patient, 21 Jahre alt, im übrigen gesund, bekam zuerst vor 2 Jahren ein Panaritium am linken Daumen, das 6—7 Wochen dauerte. Seitdem sind noch 8 weitere Panaritien an den vier ersten Fingern der linken Hand aufgetreten. Die Endphalanx des Daumens nekrotisiert. Elektrische Erregbarkeit intakt. Nur Tricepsreflex links fehlt. Analgesie sehr ausgeprägt. Thermoanästhesie besteht von der Hand aufwärts bis zu einer Zone am Oberkiefer, und zwar von unten nach oben an Intensität abnehmend. Nach Pilokarpininjektionen schwitzte die linke Extremität viel stärker als die rechte. Rechte Extremität bisher intakt. An der rechten Hand scheint sich ein Panaritium entwickeln zu wollen.

Sitzung vom 4. April 1893.

Neebe (Autoreferat): Behandlung der **chronischen Gonorrhoe** nach Dr. Oberländer mit Demonstration des Elektrourethroskops Oberländers. Vortragender bespricht zuerst die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der chronischen Gonorrhoe. Dieselben bestehen in Epithelveränderungen, Hypertrophien, Umwandlung der obersten Lage in Plattenepithelien oder Verhornung: ferner kann es zu vollständigem Verlust des Epithels auf kleinen oder grofsen Strecken kommen, zur Bildung von Erosionen, Granulationen. In dem subepithelialen Bindegewebe und in dem periglandulären Bindegewebe etablieren sich oberflächliche und tiefergreifende kleinzellige Infiltrationen, welche auf Submucosa und Corpus cavernosum urethrae übergreifen können. Die Strikturen entstehen durch Umwandlung des Infiltrationsgewebes in Narbengewebe. Tiefergreifende Geschwüre kommen bei unkomplicierter gonorrhoischer Infektion niemals vor. Diese Infiltrationsherde sind die allerhäufigsten, fast niemals fehlenden Befunde bei chronischer Gonorrhoe. Sie sind meistenteils die Ursache für die Recidive der chronischen Gonorrhoe.

Die Behandlung mit chemischen Mitteln kann nur Sinn haben bei oberflächlichen, in den Epithelien verlaufenden Processen. Auf die Infiltrationen vermögen dieselben keinen Einfluſs auszuüben. In der Praxis hatte die Dilatationsbehandlung der chronischen Gonorrhoe mittelst starker Sonden sehr gute Resultate zu verzeichnen; aber die Recidive stellten sich in sehr grofser Zahl von Fällen wieder ein, weil die Dehnungen nicht ausgiebig genug mit den Sonden selbst mit 30—32 Charrière möglich ist. Nach den Otisschen Versuchen beträgt die normale Elasticitätsgrenze der normalen Urethra 40 Charrière. Der Heilungsvorgang durch die Sonden wurde von Oberländer genauer mittelst seines Elektrourethroskops studiert. Das Resultat war, daſs die Infiltrate (sowohl die in der Mucosa, als in der Submucosa und im Corpus cavernosum etablierten) durch Längsrisse gesprengt wurden, daſs von den Längsrissen aus die Resorption der Infiltrate erfolgte, daſs aber selbst die stärksten Sonden niemals im stande waren, die letzten Reste der Infiltrate zu sprengen, ein Befund, welcher urethroskopisch leicht festgestellt werden kann. Auf Grund dieser Beobachtungen hin lieſs auch Oberländer bis zu 40 Charrière aufschraubbare Dilatatoren konstruieren, welche also eine Dehnung der Urethra bis zu ihrer normalen Elasticitätsgrenze ermöglichen. Die urethroskopischen Untersuchungen ergaben, daſs nunmehr eine sehr grofse Zahl von Infiltraten vollständig zur Ausscheidung gebracht werden konnte; der Heilungsvorgang gestaltete sich selbstverständlich genau so wie nach Behandlung der Infiltrate mit Sonden. Die Granulationen wurden vollständig und sehr bald geheilt, auch die Infiltrate um die Drüsen konnten meist zur Resorption gebracht werden.

Oberländers Urethroskop[1] ist aufserordentlich handlich und beleuchtet die

[1] Vorrätig bei dem Mechaniker Heynemann, Leipzig, Erdmannstrafse 3.

Urethralschleimhaut direkt. Die Lichtquelle, eine am Ende eines Führungsstabes befindliche und durch eine Batterie in Weifsglut versetzte Platinschlinge, deren Hitzewirkung durch eine unter Draht angebrachte Wasserleitung vollständig aufgehoben wird, ist nur einige Millimeter von der zu beleuchtenden Harnröhrenschleimhaut entfernt; es entstehen keine Reflexe, ein grofser Vorzug, welcher allen, selbst den neuesten Urethroskopen abgeht. Aufser zur Diagnose und Prognose des einzelnen Falles hat aber die Elektrourethroskopie auch einen grofsen therapeutischen Wert. Nur mittelst dieser guten Beleuchtung ist es möglich, diejenigen hartnäckigen Infiltrate, welche durch die Dilatationstherapie nicht beeinflufst werden, gut einzustellen und elektrolytisch zu zerstören oder durch Einschnitte mittelst Oberländerscher Intra-Urethrotomie zu zerschneiden; nur bei guter Beleuchtung kann man oberflächliche Narbenzüge, welche meist Drüsen und Infiltrationsherde gleichsam einmauern, austrennen und dieselben dann durch die Dilatatoren vollständig zur Heilung bringen, nur bei guter reflexloser Beleuchtung kann man alle nicht durch die Dilatation allein heilbaren Drüsen aufsuchen und durch Spaltung heilen. *Neebe-Hamburg.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Heft III.

I. **Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis,** von R. Barlow-Breslau.

Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die bisherige Litteratur der Cystitis. Das auffallende Phänomen derselben, die Harnstoffzersetzung, beschäftigte die ersten Forscher. Man fand, dafs saurer, normaler Harn an der Luft nach kürzerer oder längerer Zeit sich zersetzte, dafs der mit Eiter und Schleim gemischte Urin unter Umständen aus der kranken Blase schon in Zersetzung begriffen entleert wird. Pasteur und seine Schüler beschrieben als Ursache dieser Zersetzung kleinste Lebewesen, welche sie „Torules ammoniacales" nannten, und welche sowohl bei Sauerstoffabschlufs, wie bei Sauerstoffzutritt ihre zersetzende Wirkung im Harne ausüben konnten. Sobald diese kleinen Lebewesen fehlten, trat niemals Zersetzung ein. — Ferdinand Cohn entdeckte dann kleinste Lebewesen im zersetzten Harne, welche er „Micrococcus ureae" nannte. Dieser Micrococcus war im Gegensatz zu Pasteurs Torules exquisit aerob.

Die folgenden experimentellen Arbeiten verschiedener Autoren bezweckten zumeist, durch ammoniakalische Zersetzung des Urins eine Cystitis hervorzurufen.

Den Stand der Cystitisfrage präcisierte Guyon auf dem 6. französischen Kongresse folgendermafsen:

1. Der Urin in der normalen Blase eines gesunden Individuums ist stets bakterienfrei.

2. Retention, Kongestion und Trauma der Blase an sich rufen keine Entzündung hervor.

3. Der Urin aus entzündeten Blasen enthält Bakterien, welche als die Erreger der Entzündung anzusehen sind.

4. Solcher Bakterien giebt es eine grofse Anzahl von Arten.

5. Dieselben kommen auch in der normalen Urethra vor und können von hier aus durch Instrumente in die Blase geschoben werden, zum Teil haften sie von

vornherein an unreinen Instrumenten und gelangen so in die Blase oder erreichen dieselbe durch einen von der Urethra aus fortgeleiteten Entzündungsprocefs.

6. Auch von der Blutbahn aus kann eine Infektion der Blase erfolgen, doch ist dieser Modus selten.

7. Spontane Infektion von der gesunden Harnröhre aus ohne Anwendung von Instrumenten kommt beim Manne nicht vor. Bei der Frau kann dieselbe, begünstigt durch die Kürze der Harnröhre und den mangelhaften Blasenverschlufs, auftreten.

8. Alle Bakterien ingesamt sind nur dann für die Blase infektionstüchtig, wenn dieses letztere Organ durch Trauma, Kongestion oder Retention in einen angreifbaren Zustand versetzt ist.

9. Die bei der Gonorrhoe auftretende Cystitis ist durch eine Mischinfektion bedingt.

10. Die Harnstoffzersetzung spielt bei der Ätiologie der Cystitis nur eine sekundäre Rolle, da die Cystitis schon bestehen kann, ehe die Zersetzung aufgetreten ist.

11. Die Virulenz der Mikrobien kann unter Umständen von Bedeutung für ihre Infektionstüchtigkeit sein. Rovsings nicht pyogene Bakterienformen stellen wahrscheinlich nicht eigene Arten, sondern nur abgeschwächte Kulturen dar.

12. Die von Rovsing als „Coccobacillus ureae", Albarran als „Bactérie pyogène", Clado „Bactérie septique de la vessie", Morell als „Bacterium lactis aërogenes Escherichs" beschriebenen Bakterienformen sind untereinander identisch und stellen das Bacterium coli commune dar.

Dies war der Standpunkt der Cystitisfrage im Mai 1892.

Verfasser glaubte, dafs trotz der zahlreichen Vorarbeiten folgende Fragen noch einer Erörterung bedürften:

1. Wie verhält sich die Wand einer durch Retention mifshandelten Blase mikroskopisch?

2. Inwieweit differiert das Verhalten derselben von der einer inficierten Blase unter gleichen Verhältnissen?

3. Sind die Cystitisbakterien wirklich nur im stande, mit Hülfe von Retention, Kongestion oder Trauma inficierend auf die Blase zu wirken, oder kann eine Infektion auch ohne diese Hülfsursachen eintreten?

4. Welche Rolle ist bei der Infektion der Virulenz der Bakterien zuzuweisen?

5. Ist die ammoniakalische Harngärung bei der Cystitis wirklich nach Guyon eine Nebenerscheinung, oder ist sie nach Rovsing von ätiologischer Bedeutung?

6. Ist die Cystitis bei Gonorrhoe-Kranken stets eine Mischinfektion, oder kann dieselbe auch durch den Gonococcus bedingt werden?

Auf Grund seiner Untersuchungen beantwortet B. die erste Frage dahin: Nach kurzdauernder Retention treten keinerlei Veränderungen in der Blasenwand oder im Urin auf. Bei längerer Retention zeigen sich zunächst die Gefäfse strotzend gefüllt; später sieht man kleine punktförmige Blutungen in der Mucosa und im Epithel. Bei weiterer Retention wird das Blasenepithel durch Hämorrhagien zertrümmert, und es kommt zu mitunter recht erheblichen Blutergüssen in die Blase selbst, bis schliefslich Ruptur eintritt. Niemals hat Verfasser mikroskopisch auch nur die leiseste Spur von Entzündung konstatieren können.

Das Material zur Untersuchung des Bakterienbefundes bei der Cystitis lieferten 9 Patienten, deren Krankengeschichten im folgenden kurz angegeben werden.

Bei sämtlichen Cystitisfällen fand sich regelmäfsig nur je eine Species von Bakterien in Reinkultur in der betreffenden Blase vertreten, und die reingezüchteten Mikrobien waren:

1. Bacillen, welche in 5 Fällen in ihrem morphologischen und pathogenen

Verhalten keinerlei Differenz zeigten. Es sind Stäbchenbakterien mit abgerundeten Enden, deren Länge ungefähr 3—4 mal die Breite übertrifft, deren Form bald ovoid, bald beinahe sphärisch, bald länglich ist. Die Bacillen färben sich leicht mit allen Anilinfarbstoffen. — Im hängenden Tropfen zeigt das Bacterium träge Bewegungen. Auf Agar-Agarplatten wachsen die Bakterien rasch. Die oberflächlichen Kolonien sehen grau-weifs aus und werden sehr rasch undurchsichtig. Die tieferen schimmern gelblich und sind sehr häufig elliptisch geformt. — Nach dem Verhalten des Bacillus auch auf anderen Nährböden steht Verfasser nicht an, denselben als „Bacterium coli commune Escherich" zu bezeichnen.

Der Bacillus wird mit den Bakterienbefunden anderer Autoren verglichen.

2. In den übrigen vom Verfasser untersuchten Fällen fand sich ein Staphylococcus, der dem Staphylococcus pyogenes aureus nicht unähnlich war, der jedoch schneller als dieser eine Zersetzung des Harnstoffs herbeiführte.

Was die Wirkung der aus den Cystitisharnen gezüchteten Bakterien betrifft, so gelangt Verfasser auf Grund seiner Versuche an Kaninchen und Hunden zu folgenden Schlüssen:

1. Eine Cystitis kann hervorgerufen werden durch einfache Injektion von Colibacillen in die Blase bei ungehinderter Urinentleerung.

2. Dieselbe kommt zu stande bei Ligatur der Harnröhre, die der Injektion folgt.

3. Nur bei langer Dauer der Ligatur sind die Veränderungen intensiver, als ohne dieselbe.

4. Langdauernde Ligatur und nachträgliche Infektion der Blase sind von starker Cystitis gefolgt.

Das Resultat seiner Tierversuche fafst B. in folgenden Sätzen zusammen:

a) Für die Blase pathogene Bakterien können allein für sich in dem intakten Organe Entzündung hervorrufen.

b) Die sogenannten Hülfsursachen, bestehend in Retention und Verletzungen der Schleimhaut, ermöglichen es den Bakterien, in dem durch dieselben vorbereiteten Nährboden ihre Wirkung intensiver zu entfalten.

c) Die Harnstoffzersetzung ist kein zu dem Zustandekommen der Cystitis notwendiges Postulat. (Schlufs folgt.)

II. **Die Prostitution in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung,** von A. Fedorow-St. Petersburg.

Verfasser beschäftigt sich zunächst mit den Ursachen, welche die Weiber zur Prostitution treiben. In der Mehrzahl der Fälle ist es, wie statistisch nachgewiesen, Unlust zur Arbeit, oder, wie die Weiber auf die dahin gerichteten Fragen antworten, weil die Prostitution eine „leichte Arbeit" sei. Daneben ist die Nachfrage und somit auch das Angebot in Petersburg sehr grofs. Es giebt hier ungefähr 3000 Prostituierte, von denen 600 in Bordellen leben (öffentliche Prostituierte), 2400 ihre eigene Wohnung haben (geheime Prostituierte).

Die polizeiärztliche Aufsicht über die Bordelle besteht in folgendem: Darüber zu wachen, dafs keine, nicht unter Kontrolle stehenden Frauenzimmer zur Ausübung des Gewerbes zugelassen werden, dafs kein Verkauf von Spirituosen (der verboten ist) stattfindet, dafs die Wirtin die Prostituierten rein hält und ausreichend ernährt, dafs letztere nicht betrunken gemacht werden, dafs sie regelmäfsig zur Visitation kommen, dafs sie die hygienischen Mafsnahmen (Waschungen) regelmäfsig vornehmen und dafs sie zur Zeit der Menses die Ausübung des Coitus sistieren. Dieses beaufsichtigen einerseits die Aufseher eines hierzu eingesetzten polizeiärztlichen Komitees, andererseits die Ärzte.

Die Kategorie der einzeln lebenden Prostituierten ist viermal gröfser, als die der Kasernierten. Sie setzt sich zumeist zusammen aus Bäuerinnen aus dem Petersburger und den angrenzenden Gouvernements.

Verfasser führt der Anschaulichkeit wegen ein tabellarisches Excerpt aus 143 statistischen Blättern an, welche interessante Angaben bringen über den Stand, das Alter der Prostituierten, über die socialen Verhältnisse der Eltern, über die Gründe, welche die Frauenzimmer zur Prostitution treiben.

Der Verfasser macht uns weiter bekannt mit dem Modus, nach welchem die Frauenzimmer unter polizeiärztliche Kontrolle gestellt werden, beschreibt ausführlich den medicinischen Teil der Beaufsichtigung, für die in St. Petersburg eigene Lokalitäten eingerichtet sind. Die ärztlichen Besichtigungen finden an den Wochentagen von 9—2 Uhr, an Feiertagen nur von 11—12 vormittags statt. Der Visitation geht bei allzu schmutzigen Frauenzimmern eine gründliche Waschung der letzteren voran.

Das ärztliche Personal des Komitees besteht aus dem Inspektor, 8 Ärzten und 3 Hebammen.

Nachdem Verfasser ein Bild von der inneren und äufseren Einrichtung des St. Petersburger polizeiärztlichen Komitees gegeben, bringt er ziffermäfsige Daten über die Thätigkeit dieses Instituts in den Jahren 1889 und 1890. Unter anderem erfahren wir, dafs von den im Jahre 1889 registrierten 667 Prostituierten 111 = 16,6% und von den 496 im Jahre 1890 unter Aufsicht gestellten Frauenzimmern 74 = 15% an Syphilis erkrankten.

Von Interesse ist ferner, dafs im Jahre 1889 nur 18 Prostituierte, im Jahre 1890 deren 31 als gravid festgestellt wurden.

Verfasser vergleicht sodann die Petersburger Einrichtungen mit denen in anderen grofsen Städten, wie Paris, Brüssel, Mailand, Pavia u. a.

Am Schlusse des interessanten Aufsatzes beschäftigt sich F. mit den prophylaktischen Mafsnahmen gegen die Ausbreitung der Syphilis. Verfasser verspricht sich besonderen Erfolg, wenn auf legislatorischem Wege die Untersuchung der unverheirateten Fabrikarbeiterinnen und auch aller in Privatdienst tretenden, sowohl Männer als Frauen eingeführt würden. Um das Schamgefühl der Frauen zu schonen, sollte man sie durch mit der Sache vertraute Hebammen untersuchen lassen, die dann dem Arzte die krank befundenen überweisen müfsten. Nicht weniger wichtig für die Prophylaxis wäre eine Untersuchung der Dienstboten. Solche Untersuchungen, meint der Verfasser, würden aufser dem direkten Nutzen auch noch zur Verbreitung der Erkenntnis von der Wichtigkeit und dem entsetzlichen Schaden der Syphilis dienen. Diese Untersuchungen müfsten in einem besonderen Bureau bei jedem Dienstwechsel ausgeführt werden. Auf den Pafs der gesund Befundenen müfste dann ein Stempel mit diesbezüglicher Aufschrift gedrückt werden.

III. **Beiträge zur Kenntnis der Schweifsdrüsen-Erkrankungen,** von Walther Petersen-Bonn.

Verfasser will in der vorliegenden Arbeit an der Hand der in der Litteratur genau beschriebenen Fälle von Schweifsdrüsenerkrankungen, sowie einiger eigenen Beobachtungen die Bedeutung der Schweifsdrüsen wenigstens für einige pathologische Hautprocesse näher beleuchten.

Zunächst werden die hypertrophischen Veränderungen der Schweifsdrüsen einer Betrachtung unterzogen.

Einfache Hypertrophie findet sich nach den Beschreibungen verschiedener Autoren in weichen Warzen, bei Ichthyosis, bei akuten und chronischen Ekzemen, bei Prurigo, sowie bei schwer fieberhaften Erkrankungen, die mit profusen Schweifsen einhergehen. Virchow fand bei Phthisis bisweilen Vergröfserung der Drüsen und

Erweiterung des Drüsenschlauches, verbunden mit fettiger Degeneration des Drüsenepithels.

Bei den Geschwülsten der Haut spielen die Schweifsdrüsen eine sehr mannigfaltige Rolle, bezüglich deren die Ansichten der Autoren sehr stark differieren. Dies gilt namentlich vom Adenom der Schweifsdrüsen. Während Verfasser bei der Besprechung eines Falles von multiplen Adenomen der Schweifsdrüsen früher der Ansicht war, dafs aller Wahrscheinlichkeit nach die Neubildung nicht von den fertig gebildeten Drüsen ausgegangen, sondern als die Folge einer Störung in der Entwickelung der Drüsen, als „eine verunglückte Drüsenanlage" aufzufassen sei, ergänzt er diese Ansicht auf Grund nachträglicher Untersuchungen von anderen Geschwulstteilen desselben Falles dahin, dafs wohl jene Annahme für den gröfsten Teil der Geschwülste festzuhalten sei, dafs aber bei den später untersuchten Geschwülsten wahrscheinlich die Neubildung von den fertigen Drüsen, resp. ihren Ausführungsgängen ausgegangen ist.

Im folgenden wird die Litteratur der Schweifsdrüsenadenome besprochen. Für dieselben existieren beinahe ebensoviele Bezeichnungen, als Autoren sie beschrieben haben.

Weiter finden die Epitheliome eine eingehende Würdigung. Verfasser versteht darunter sowohl die gutartigen, zum Teil dem Adenom noch sehr nahestehenden Neubildungen, als auch die Gruppe der Carcinome. So klar im allgemeinen die mannigfachen sekundären Veränderungen zu Tage liegen, welche die Schweifsdrüsen bei Hautepitheliomen erleiden, so unentschieden ist noch die Frage, wieweit sie als primärer Herd der Erkrankung in Frage kommen. Remak und Verneuil sind die ersten, welche die Bedeutung der Schweifsdrüsen bei der Geschwulstbildung gewürdigt haben. Die beiden Autoren unterscheiden eine oberflächliche und tiefe Form des Hautkrebses. Die letztere soll in der Mehrzahl der Fälle von den Schweifsdrüsen ihren Ausgang nehmen. Nach Remak sollten die soliden Zellstränge des Epithelioms ein Analogon sein zu den soliden Zellzapfen, aus welchen entwickelungsgeschichtlich die hohlen Drüsenschläuche hervorgehen. Nach Verneuil sind die gewundenen, wurmförmigen Epithelialcylinder mit ihren seitlichen Ausbuchtungen und Verzweigungen stets proliferierende Schweifsdrüsen. Die Geschwulstbildung beginnt nach seiner Ansicht mit einer Wucherung des Drüsenepithels innerhalb der Grenzen der Membrana propria, so dafs das Lumen mehr und mehr verengt wird und schliefslich völlig schwindet. Sodann bilden sich seitliche Buckel, Auswüchse und gröfsere Verzweigungen. Bis dahin ist die Neubildung noch gutartig und entspricht ungefähr dem Polyadenom Brocas. Im weiteren Verlauf durchbricht das wuchernde Epithel die Membrana propria und dringt dann schrankenlos in die Umgebung als bösartiges Carcinom vor. Die von Verneuil sowohl wie von zahlreichen anderen Autoren beschriebenen Fälle von Schweifsdrüsengeschwülsten sind jedoch mit wenigen Ausnahmen nicht als völlig einwandfreie Belege für die Carcinomentwickelung in den Schweifsdrüsen anzusehen.

Bezüglich des Ulcus rodens, das man mit den Schweifsdrüsen in engere Beziehung hat bringen wollen, gehen die Ansichten der Autoren sehr auseinander. Während Billroth, Weber, Ferguson u. a. das Ulcus rodens für ein gewöhnliches, flaches, ulcerierendes und dabei schrumpfendes Epithelialcarcinom ansehen, erklären es Thiersch und Buttin für ein Carcinom der Talgdrüsen, Tilbury Fox, Sangster, Hume für ein solches der Haarfollikel, und Thin verlegt den Ursprung des Ulcus rodens in die Schweifsdrüsen. Verfasser selbst ist es nicht gelungen, bei einem Ulcus rodens eine wesentliche Beteiligung der Schweifsdrüsen zu finden, während die Talgdrüsen fast immer starke Wucherung zeigten. Verfasser glaubt, dafs aller

Wahrscheinlichkeit nach das Ulcus rodens der verschiedenen Autoren nur ein klinischer Begriff, kein histologisch einheitliches Gebilde sei; vielleicht eine chronische, atypische, epitheliale Neubildung, welche von den verschiedensten epithelialen Gebilden der Haut, in vereinzelten Fällen auch einmal von den Schweifsdrüsen ihren Ausgang nehmen kann.

Es werden im folgenden einzelne Abarten der Epitheliome des Schweifsdrüsenapparates, so die von Darier, Malherbe beschriebenen, einer kurzen Betrachtung unterzogen und die Krankengeschichte eines vereinzelt dastehenden Falles der Bonner Klinik mitgeteilt, der als Syringo-Epitheliom vom Verfasser bezeichnet wird.

Während es bei den Epitheliomen wegen der grofsen Ähnlichkeit der wuchernden Schweifsdrüsengänge mit Epithelzapfen anderer Herkunft meist sehr schwierig ist, diesen Vorgang im einzelnen zu verfolgen, gelingt dies weit sicherer bei anderen Geschwulstformen, so dem Angioma cutis simplex, den Schweifsdrüsenretentionscysten. Dieselben finden im folgenden eine breite Besprechung.

Verfasser geht sodann zum Lupus über, bei welchem nach der Ansicht älterer Autoren die Schweifsdrüsen eine Hauptrolle spielen sollten. Wenn auch diese Ansicht in ihrem vollen Umfange nicht aufrecht erhalten werden kann, so steht doch fest, dafs die Schweifsdrüsen an dem Aufbau des Lupus einen gröfseren Anteil haben, als in den meisten neueren Arbeiten über die Anatomie des Lupus angegeben ist.

Die zur Beobachtung kommenden Veränderungen betreffen teils das interstitielle Bindegewebe der Drüsenknäuel, welches durch seinen grofsen Gefäfsreichtum dem Lupus einen besonders günstigen Boden bietet, teils die Drüsenschläuche selbst. Die Veränderungen werden ausführlich erörtert.

Die Beteiligung der Schweifsdrüsen bei anderen pathologischen Processen, so beim Lupus erythematosus, bei der Elephantiasis, bei der Lepra, bei Variola, wird ebenso wie die diesbezügliche Litteratur vom Verfasser besprochen.

IV. **Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer beim Tripper**, von Alfred Lanz-Moskau.

Die Mehrzahl der Autoren erkennt wohl ein Inkubationsstadium beim Tripper an, die Dauer desselben wird jedoch sehr verschieden angenommen. Einer von Finger über 479 Fälle aufgestellten Statistik ist zu entnehmen, dafs die Trippererkrankung in der Majorität der Fälle am dritten Tage, in mehr als $^2/_3$ der Fälle im Laufe der ersten Woche sich bemerkbar macht. Inkubationen von mehr als 14 Tagen sind äufserst selten. Die Beobachtungen, die Verfasser in dieser Beziehung gemacht hat, entsprechen vollkommen den statistischen Angaben von Finger. Dieselben bestätigen aber auch, dafs die Inkubation in seltenen Fällen zwei, sogar drei Wochen dauern kann.

Bei Impfversuchen mit dem Trippervirus wurde vom Verfasser in Übereinstimmung mit anderen Autoren in allen Fällen eine Inkubationsdauer von 2—3 Tagen gefunden.

Verfasser beschreibt zwei Fälle von Gonorrhoe mit ungewöhnlich langer Inkubationsdauer (in dem einen $2^1/_2$, in dem zweiten $1^1/_2$ Monate) und erörtert sodann die Frage nach der Ursache des so späten Erscheinens des Trippers post coitum. E. Stern stellt die Hypothese auf, dafs das Trippersekret anfangs nicht in den Harnkanal, sondern in den Prätupialsack gerate, wo es, ohne irgend welche Erscheinungen hervorzurufen, liegen bleibe, bis es zufällig von hier in die Harnröhre gelangt. Bei dem ersten von L. beschriebenen Falle ist eine derartige Deutung der langen Inkubationszeit nicht möglich, weil der Patient oft badete und seine Geschlechtsteile stets sorgfältig reinigte. — Verfasser glaubt, dafs man es entweder

thatsächlich mit einer aufserordentlich langen Incubationsdauer oder mit einer zufälligen, vom Coitus unabhängigen Infektion zu thun hat. Derartige zufällige Infektionen, beispielsweise durch unreine Hände, Wäsche, Geschirre und Klosette, durch nicht genügend desinficierte Instrumente, wie Bougies, Katheter, werden von verschiedenen Autoren nicht als sehr selten mitgeteilt. Hierher zu rechnen sind die zahlreichen Fälle von Tripperinfektion bei Säuglingen und älteren Kindern. Sänger hat einige Endemien in Familien beobachtet, wo Vater, Mutter und mehrere Kinder nacheinander erkrankten. Tripperendemien in Hospitälern werden von mehreren Autoren beschrieben.

Was nun die Bedingungen betrifft, unter denen der Tripper auch ohne Coitus übertragen werden kann, so sind dieselben, soweit Erwachsene in Betracht kommen, wenig oder gar nicht bekannt.

Es lassen sich nur Hypothesen aufstellen. Nach den Untersuchungen von Welander ist es sehr wahrscheinlich, dafs der Trippereiter nach Austrocknen sowohl wie nach Gefrieren sehr schnell die Fähigkeit der Überimpfbarkeit verliert. Somit wäre eine Infektion durch Wäsche, auf welcher sich getrocknetes Tripperekret findet, kaum möglich. Auch aus den Beobachtungen anderer Autoren geht hervor, dafs der Gonococcus im allgemeinen keine sehr grofse Widerstandsfähigkeit besitzt.

Verfasser konnte in seinen beiden Fällen keine andere Infektionsquelle als den Coitus eruieren.

Derartige bedeutende Schwankungen in der Inkubationsdauer finden wir auch bei anderen Krankheiten, bei denen es sich um ein Contagium fixum dreht, so bei der Syphilis, bei der Hydrophobie. Bei der letzteren beträgt die Inkubationsdauer meist 40—50 Tage, selten weniger als 20 und mehr als 45 Tage.

Wenn sich auch ein abschliefsendes Urteil über die Frage der langen Inkubationsdauer nicht abgeben läfst, so ist doch eins sicher: „Man begegnet Tripperfällen, wo vom Moment des letzten Coitus bis zu den ersten Krankheitssymptomen 3, 5, ja sogar ca. 10 Wochen vergehen, wobei während dieser ganzen Zeit keine Erscheinung vorhanden ist, welche die Aufmerksamkeit des Patienten auf sich ziehen könnte. In diesem Falle haben wir es mit einer echten Urethritis gonorrhoica zu thun, denn im Sekret lassen sich unschwer Gonokokken nachweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Klinisches Studium der Lepra, von Ed. Boinet. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 673.) Die vorliegende Arbeit bildet eine Ergänzung zur früheren Abhandlung des Verfassers über die Lepra in Hanoi (*Revue de médecine.* 1890). Es liegen ihr 80 noch nicht veröffentlichte Beobachtungen zu Grunde, über die B. eingehende statistische und klinische Mitteilungen macht. *Türkheim-Hamburg.*

Gegen die **Lepra** empfiehlt Carreau (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 668) Chlorkalium in grofsen Gaben. In zwei Fällen von Lepra maculo-tuberculosa gab er von dem Mittel drei Tage hintereinander 10—30 g. Es traten allerdings schwere

Vergiftungserscheinungen auf; dieselben wurden aber überwunden und die Leprome verschwanden fast völlig. *Türkheim-Hamburg.*

Die Übertragbarkeit, die Prophylaxe und die Behandlung der Lepra, von Mac-Auliffe. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1329.) Während im Mittelalter die Lepra allgemein für kontagiös galt, hatte diese Lehre in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts fast keinen Anhänger. Allmählich mehren sich aber wieder die Stimmen derer, die die Übertragbarkeit der Lepra zugeben. Zu ihnen gehört auch Mac-Auliffe. Er stützt sich dabei auf das sicher beobachtete Vorkommen einzelner Fälle von Übertragung, auf das Ausbrechen kleinerer und gröfserer Lepra-Epidemien in früher undurchseuchten Ländern u. s. w. — Das Lepragift dringt nach Mac-Auliffe entweder durch die Luftwege oder durch die Zellen in den gesunden Organismus ein. — In Bezug auf die Therapie ist Verfasser recht sanguinisch und preist in dem Huile de Chaulmoogra, Huile de Gurjim und Ichthyol drei wirkungsvolle Mittel.
Türkheim-Hamburg.

Die Lepra und die Leprösen in Frankreich, von Cabanès. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 595—608 und S. 641—665.) In dieser ausführlichen Arbeit erfreut uns der Verfasser mit einer Schilderung der Verhältnisse, die durch die Lepra in Frankreich bedingt wurden.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über den Ursprung dieser gräfslichen Seuche, an der natürlich kein Volk und keine Rasse und kein Zeitalter schuld sein will, bespricht Cabanès den Eindruck, den die Lepra während ihrer gröfsten Ausbreitung zur Zeit der Kreuzzüge auf die Völker machte, und weist nach, dafs die Leprösen im allgemeinen Mitleid erregten, für heilig galten, dafs jeder Aussätzige ein Vertreter Christi war, der die Sünden der Menschheit auf sich nahm. Trotzdem verschlofs man seine Augen nicht vor der grofsen Gefahr der Ansteckung, und so finden wir die Aussätzigen schon in frühen Jahrhunderten von der Gesellschaft ausgeschlossen. Die Kirche nahm sich dieser Unglücklichen an, und unter ihrer Führung entstanden allmählich in der Nähe der Städte grofse Zufluchtsstätten, Leproserien, die zum Teil mit reichlichen Mitteln versehen waren und in denen die Kranken gegen Zahlung einer bestimmten Summe Aufnahme fanden. Der Aufnahme ging in verschiedenen Teilen Frankreichs ein eigentümliches Ceremoniell vorher. Die Leprösen wurden für bürgerlich tot erklärt, es wurde in ihrem Beisein eine Totenmesse über sie gelesen; alsdann wurden sie im feierlichen Zuge zur Leproserie geleitet, mufsten hier notariell bescheinigen, dafs sie sich den Gesetzen ihrer neuen Heimat fügen wollten, und wurden alsdann von dem Leiter der Anstalt übernommen. Bestimmte Vorschriften, auf deren Innehaltung streng gesehen wurde, bestanden in jeder Leproserie, so war z. B. durchgehends Würfel- und Kartenspiel verboten. Zuwiderhandlungen wurden geahndet, u. a. mit Weinentziehung; auf dauernde Unbotmäfsigkeit folgte Ausweisung aus der Leproserie.

Nun glaube man nicht, dafs die Kranken zwangsweise in diese Asyle gebracht werden mufsten. Sie gingen vielmehr meistens gern hinein, da sie hier ein verhältnismäfsig ruhiges Dasein führen konnten und da das Leben innerhalb der Asylmauern keineswegs unbehaglich gewesen zu sein scheint. Wenigstens läfst es sich nur so erklären, dafs auch manche Gesunde sich einzuschmuggeln suchten, und dafs an männlichem und weiblichem Pflegpersonal kein Mangel herrschte. Freilich boten diese Leproserien noch einen grofsen Vorteil: sie waren wirkliche Asyle, die weltliche Gerechtigkeit machte vor ihren Mauern Halt, und manches schuldbeladene Gewissen mag hier, vor dem irdischen Richter wenigstens, Ruhe gefunden haben.

Im 13. Jahrhundert zählte man in Europa 19000 derartige Leprahäuser, davon allein 2000 in Frankreich. Genügte aber diese Zahl zur Aufnahme aller Kranken?

Sicher nicht! Waren sie doch eigentlich nur für die Wohlhabenderen bestimmt. Wo blieb dann aber die grofse Zahl der leprösen Armen? wo diejenigen, die aus den Asylen ausgewiesen wurden? Sie zogen vagabondierend von Ort zu Ort, von Land zu Land; sie waren rechtlos, ausgestofsen aus der Gesellschaft. Dafs sie dadurch verlottert, menschenfeindlich wurden, ist begreiflich. Ob sie aber wirklich das ungeheuerliche Verbrechen, dessen man sie bezichtigte, geplant haben, die Wasserläufe in ganz Frankreich zu vergiften, um so alle Einwohner zu Gefährten ihres Leidens zu machen? Cabanès ist mit älteren Geschichtsschreibern der Ansicht, dafs Philipp V. sich dieses Märchen ersann, um auf das Vermögen der Leproserien Beschlag legen zu können. Und um zwei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen, wurde auch der Sündenbock der Völker, die Judenschaft, beschuldigt, an der Verschwörung beteiligt zu sein. Dafs die Juden dazumal keine Freudenfeste feierten, ist erklärlich. Im Gerichtssprengel von Tours wurden ihrer 1321, an einem Tage 160 verbrannt, natürlich lebendig.

Die Behandlung der Lepra lag ziemlich im Argen. Neben manchen vernünftigen Mafsnahmen spukten auch sehr viele sinnlose und unsinnige Verordnungen. Ein Arzt liefs gar seine Kranken in Menschenblut baden. Bemerkenswert ist, dafs die Lepra mit dem Eindringen der Syphilis in Europa nachliefs.

Neben den Leprösen gab es noch eine Klasse von Menschen, die ebenso gemieden wurden wie jene: die „Cagots“ oder „Chrestiaas“, die Nachkommen der Aussätzigen. Auch sie waren in ihrer Freiheit auf das äufserste beschränkt, da man auch sie noch für verdächtig und gefährlich hielt. Es war ihnen nur der Handel mit Hanf gestattet, und sie durften nur Seiler werden. Überreste dieser alten Zustände finden sich in einzelnen Gegenden Frankreichs auch heute noch: Stellenweise begegnet man den Seilern noch immer mit abergläubischer Furcht; sie heiraten fast ausschliefslich untereinander; ja sie werden auch heute noch „Cacous“ genannt.

Ich habe dem Leser hier einen kurzen Auszug aus der inhaltreichen Schrift von Cabanès gegeben; möge es ihn veranlassen, die Abhandlung des viel belesenen französischen Forschers zur Hand zu nehmen. *Türkheim-Hamburg.*

Die Lepra in der Bretagne, von Zambaco-Pacha. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1213.) Durch ein früheres kurzes Referat (*diese Monatshefte* Bd. XV. S. 641) und durch einen Pariser Bericht von Louis Wickham (Bd. XVI. S. 33) sind die Leser bereits mit dem Inhalt dieser wichtigen Abhandlung bekannt gemacht.

Zambaco-Pacha, dem die grofse Ähnlichkeit der Maladie de Morvan mit der Lepra aufgefallen war, beschlofs, seine Untersuchungen in der Heimat dieser neuen Krankheitsform vorzunehmen, und begab sich demgemäfs in die Bretagne. Das Ergebnis seiner Reise war ein überraschendes: Er fand, dafs die einst so gefürchtete Lepra, die angeblich zur Reformationszeit aus Europa geschwunden sein soll, in der Bretagne wenigstens noch lange nicht erloschen ist. Er fand sie in allen ihren Formen vertreten: die Morvansche Krankheit entpuppte sich ihm als Lepra mutilans; aufserdem stiefs er auf die anästhetische, ulceröse, ichthyotische und tuberkulöse Form. Für alle diese Formen legte er der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, in der er seinen Vortrag hielt, entsprechende Photographien vor. — Zum Schlufs meint Zambaco-Pacha, dafs noch manche andere krankhafte Zustände zur grofsen Gruppe der Leprose gehörten; so vor allem die meisten Fälle von Syringomyelie, die nichts anderes sei, als Danielssens Lepra anaesthetica in abgeschwächter Form. Aber auch manche Fälle von Sklerodermie und Morphoea gehörten hierher. *Türkheim-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Über Kopfschmerzen im zweiten Stadium der Syphilis und ihre Behandlung, von L. Lyonnet. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1335.) Es besteht im

zweiten Stadium der Syphilis eine Art von Kopfweh, das nicht durch die Erkrankung der Meningen oder Knochen bedingt, sondern infolge der Reizbarkeit der Hirnzellen auftritt. Gegen diese Cephalea lassen Quecksilber und Jod häufig in Stich, während Nervina, namentlich Antipyrin, sich dem Verfasser sehr bewährt haben.

Türkheim-Hamburg.

Die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hg succinimidatum, von L. Arnaud. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1328.) Arnaud ist mit diesem Mittel sehr zufrieden und hebt verschiedene Vorzüge desselben hervor.

Türkheim-Hamburg.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft (Sitzung den 11. Januar 1893) zeigte Virchow **Präparate von einer visceralen Syphilis.** Die Epiglottis fehlt vollkommen; der rechte Leberlappen ist durch interstitielle Processe sehr stark geschrumpft, der linke zeigt kompensatorische Hypertrophie; in der Lunge finden sich zahlreiche kleine Gummiknoten.

B. Baginsky legt das **Präparat eines grofsen Carcinoms des Halses** vor, das mit Syphilis des Larynx kompliciert ist. Der Patient kam vor 4½ Jahren in die Behandlung von B.; es bestand eine hochgradige Verwachsung und Infiltration im Larynx. Eine Schmierkur half wenig. Schliefslich mufste tracheotomiert werden. Im letzten Jahre entwickelten sich neben der Tracheotomiewunde zwei Tumoren, die sich schliefslich als Carcinome ergaben und den ganzen Larynx zerstörten. (*Deutsche med. Wochschr.* 1893. No. 3.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung, von C. Sick. (*Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten,* 1890.)

Von venerischen Affektionen des Mastdarms kommen in Betracht die Blennorrhoe, das Ulcus molle und die Syphilis. Letztere kann in allen Stadien den Mastdarm befallen. Die Diagnose kann bei Geschwüren und Stenosen schwer werden und sicher oft nur nach lange dauernder Beobachtung gestellt werden. Der mikroskopische Befund läfst uns auch vielfach im Stich. Über die Häufigkeit der venerischen Affektionen des Rectums und Anus geben folgende Zahlen Auskunft:

Unter 9884 geschlechtskranken Männern waren erkrankt an:

Papulae mucosae scroti et ani	1010
Ulcus induratum ani	1
Ulcus molle ani et scroti	1.

Unter 11826 geschlechtskranken Frauen und Kindern waren erkrankt an:

Palpulae mucosae ani	886
Ulcus molle perinei et ani	224
Fissura ani	404
Ulcus induratum ad anum	9
Ulcus induratum perinei et ani	3
Gumma ad anum	1
Gumma recti	2
Strictura recti	10

Aus der Tabelle ist die Seltenheit des Primäreffekts am Anus und der Stricturen im Rectum ersichtlich. Letztere sind überhaupt nicht häufig,denn unter 32000 Kranken der chirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses fanden sich nur 23. — Vorwiegend betroffen von denselben sind Frauen; das ist durch den Coitus praeternaturalis, durch das Überfliefsen der Sekrete wie durch den Reizzustand, der durch die so häufigen Uterinleiden und Koprostasen im Rectum unterhalten wird, erklärlich. — Nach dem Vorgange von Riegner, Küster, Israel, Schuchard etc. hat Verfasser in drei bösen Fällen die Exstirpation der erkrankten Teile nach Kraskescher Methode

ausgeführt. Circuläre Darmnaht, eventuell Anlegung eines Anus praeternaturalis ist notwendig. Im ersten Falle bestand eine Narbe und eine Ulcerationsfläche ohne mikroskopische Kennzeichen der Syphilis; im zweiten Falle waren auch für Syphilis charakteristische Veränderungen mikroskopisch nicht nachweisbar; im dritten bestanden Gummata- und Gefäfsveränderungen. Die ersten beiden hatten vorher langdauernde antisyphilitische Kuren durchgemacht, die dritte war seit 8 Jahren nicht behandelt.

(Die Zahl der Fälle, in denen bei syphilitischen Affektionen des Rectums oder den als Folge derselben zurückbleibenden Narben ein derartiges eingreifendes Verfahren indiciert ist, dürfte wohl nur eine geringe sein. D. Ref.).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das phagadänische Ulcus durum, von Puyo Medina. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1324.) Man kann den Phagadänismus kaum als Komplikation des harten Schankers betrachten. Die ulceröse Form, die sich namentlich beim Manne findet, kommt schon äufserst spärlich vor, die erosive Form, von der Verfasser auf der Fournierschen Klinik nur 4 Fälle sammeln konnte, ist eine seltene Ausnahme. Der Phagadänismus ist eine Folge von Infektion des Geschwüres durch septische Mikrobien. Die Behandlung wird eine meist örtliche und antiseptische sein.

Türkheim-Hamburg.

Sclerosis syphilitica des Collum uteri, von Le Camus. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1325.) Die Sclerosis colli uteri entsteht zuweilen nach Syphilomen an dieser Stelle, zuweilen aber auch ohne vorherige örtliche Erkrankung nur infolge Einwirkung der Allgemeininfektion. Wahrscheinlich spielt in letzterem Fall die Schwangerschaft eine ätiologisch wichtige Rolle, indem das uterine Gewebe durch Strukturveränderungen für die syphilitische Sklerosierung geeigneter wird. — Der Geburt werden durch die Starrheit des Collum in seltenen Fällen so wesentliche Hindernisse entgegengestellt, dafs selbst ein Porro notwendig werden kann.

Türkheim-Hamburg.

Über syphilitische Nephritis, von J. Prendergast. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1326.) Die Nephritis infolge von Syphilis hat keine besondere Symptomatologie; auch in ihrem Verlaufe kann es zu urämischen Erscheinungen kommen. Sie ist heilbar; häufig bleibt aber Albuminurie bestehen. Verfasser widerspricht der Ansicht, als sei das Hg die Ursache dieser Nierenentzündung, und rät vielmehr zu einer nachhaltigen Schmierkur. Auch thue man gut, bei jedem Syphilitiker den Harn ab und zu auf Eiweifs zu untersuchen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Kontraktur des M. Biceps infolge von Syphilis, von J. Prost. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1325). Im Gefolge der Syphilis kommt es ziemlich frühzeitig bisweilen zu einer Kontraktur des M. Biceps. Das Vorkommen wird namentlich bei jüngeren Leuten beobachtet. Selten werden beide Arme gleichzeitig befallen; der rechte ist im ganzen bevorzugt. Das Leiden entwickelt sich langsam und kann ohne zweckmäfsiges Eingreifen zu dauernder Kontraktur führen. Befallen ist jedesmal nur der Biceps. Der pathologisch-anatomische Vorgang bei dieser Erkrankung dürfte in einer wahren Myositis mit Neubildung und Sklerosierung von Bindegewebe und Atrophie der Muskelfibrillen bestehen. Die Behandlung hat eine allgemeine zu sein.

Türkheim-Hamburg.

Beeinflussen sich Typhus abdominalis und Syphilis bei gleichzeitigem Auftreten? von Chr. Maes. (*Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten* 1890.)

Die Beobachtungen des Verfassers beziehen sich auf 27 Fälle, in denen Typhus abdominalis und Syphilis zusammentrafen. Das Alter der Syphilis war ein sehr verschiedenes $^1/_2$—4 Jahre und länger. Ohne auf die detaillierten Angaben hier einzu-

gehen, hebe ich hervor, daſs Verfasser zu dem Schlusse gelangt, daſs Typhus abdominalis und Syphilis sich bei gleichzeitigen Bestehen bei einer Person in keiner Weise beeinflussen, sondern unbekümmert umeinander, nebeneinander herlaufen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Statistische Untersuchungen, betreffend die Übertragung der Syphilis von der Mutter auf den Fötus, von F. Lhomer. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1332.) Im ersten Teil seiner Arbeit erörtet Verfasser die beiden Möglichkeiten, daſs die Mutter entweder im Augenblick der Schwängerung oder während der Schwangerschaft inficiert wird. Im ersteren Fall ist nach allgemeiner Annahme das Ei syphilitisch. Im zweiten Fall müssen wir annehmen, daſs die Placenta das Gift durchlasse. Je mehr sich aber die Schwangerschaft ihrem Ende nähert, um so wahrscheinlicher bleibt das Kind von Syphilis frei.

Der zweite Teil der Arbeit ist rein statistisch. Je geringer der Zeitraum zwischen Ansteckung und Schwängerung ist, um so wahrscheinlicher sind auch die Kinder krank, um so schwerer scheint auch ihre Syphilis. Gewöhnlich kommt auch in diesen Fällen rechtzeitig oder etwas zu früh ein totes Kind zur Welt. Abort ist selten. Durch rechtzeitige Behandlung der mütterlichen Syphilis wird das Ergebnis ein besseres. Fallen Schwängerung und Ansteckung zusammen oder erfolgt letztere in den ersten fünf Schwangerschaftsmonaten, so sind Aborte sehr häufig, gleichviel ob die Mutter behandelt wurde oder nicht. Infektion der Mutter in den letzten 4 Monaten der Schwangerschaft wird zwar der Regel nach auch immer Syphilis beim Kind zur Folge haben — nur im letzten Monat erworbene Lues der Mutter überträgt sich selten auf den Fötus —, aber diese Syphilis ist eine milde (papulöse Ausschläge, die meist erst Tage bis Wochen nach der Geburt auftreten), und die Kinder unterliegen ihr selten.

Türkheim-Hamburg.

Die Hysterie in ihren Beziehungen zur Syphilis, von B. Lucien. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1334.) Verfasser stützt seine Untersuchungen auf 49 Krankengeschichten. Die Hysterie als Folge der syphilitischen Ansteckung wird nur im sekundären Stadium beobachtet. Jedoch ist das Krankheitsbild der Hysterie selten völlig entwickelt. Neben psychischen Störungen werden namentlich solche der Sensibilität beobachtet. Zu den ersteren gehören Gemütsverstimmungen, Wein- und Lachkrämpfe, Bewuſstseinstrübungen. — Die Sensibilität ist entweder gesteigert — Hyperästhesie mit der Erscheinung des Transfert — oder, bei weitem häufiger, herabgesetzt. Die Anästhesie bildet das häufigste nervöse Symptom der Syphilis, und sie ist dadurch charakterisiert, daſs sie ohne sonstige Einwirkung nach einer einfachen spezifischen Behandlung verschwindet. Die Hemianästhesie ist bei der Syphilis-Hysterie selten; sie befällt nicht, wie die gewöhnliche Hysterie, mit Vorliebe die linke Körperhälfte und sitzt meistens auf dem Handrücken. Motilitätsstörungen sind nach Lucien in diesem Stadium der Syphilis noch nicht beobachtet. *Türkheim-Hamburg.*

Ist die Tabes dorsalis eine syphilitische Erkrankung? von A. F. Plichon. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1327.) Die Frage wird vom Verfasser verneint.

Türkheim-Hamburg.

Syphilis und Dementia paralytica, von D. Anglade. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1327.) Verfasser hat unter 37 paralytischen Frauen der Irrenanstalt zu Bordeaux 30 sicher syphilitisch befunden. Er ist aber vorsichtig genug, in der Lues nicht die einzige Ursache für den Ausbruch der allgemeinen, progressiven Paralyse zu erblicken. *Türkheim-Hamburg.*

Idioneurosen.

Über Pruritus vulvae von SEELIGMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 45). Nach OHLSHAUSEN unterscheidet man zwischen einem symptomatischen Pruritus vulvae, wie er bei Ausflüssen, Diabetes mellitus etc. vorkommt, und einem essentiellen, den man sich als wahre Neurose vorzustellen hat. Verfasser ist der Ansicht, dafs es sich in fast allen derartigen Fällen um eine mikroparasitäre Lokalinfektion handelt. Für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht schon die erfolgreiche Wirkung der zur Bekämpfung des Leidens angewandten antiseptischen Heilmittel. Vor kurzem gelang es S. aber auch, in einem Falle von Pruritus vulvae einen primitiven bakteriologischen Befund zu erzielen, der allerdings, schon weil keine Rückimpfungen vorgenommen wurden, wohl keine direkte beweisende Bedeutung für sich in Anspsuch nehmen kann. Bei einer seit drei Jahren an Pruritus vulvae leidenden Frau wurden einige Partikelchen der juckenden Hautstellen abgeschabt und auf Nährbouillon verimpft. Es wuchsen eine Menge Kolonien aus, von denen keine Kulturen gezüchtet wurden. Die Untersuchung ergab, dafs es sich um Kolonien des Bacterium ureae und des Coccus ureae handelte. Die Mikroorganismen fanden im vorliegenden Falle, bei dem weder Fluor noch Diabetes bestand, einen ihrer Entwickelung besonders günstigen Boden dadurch, dafs, als Folge eines Tumors, der sich vom Orific. extern. urethr. fast bis in die Blase erstreckte, Harnträufeln bestand. Nachdem dieses Symptom durch chirurgische Entfernung des Tumors zum Schwinden gebracht worden war, traten auch die Erscheinungen des Pruritus zurück und es trat Heilung ein. Fafst man den Pruritus vulvae als eine parasitäre Erkrankung auf, so hat man in der Therapie sein Augenmerk darauf zu richten, 1) die Quelle der Infektion zu suchen und auszuschalten, 2) die Disposition der äufseren Haut der Vulva zur Aufnahme eines Mikroparasiten zu beseitigen und 3) die vorhandenen Keime zu tödten. (1 : 1000 Sublimat- oder Salicylsäurelösungen, Bestreichen mit der antibakteriell wirkenden Elektrode des konstanten Stromes. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Heilung des Pruritus vulvae durch den konstanten Strom, von S. CHOLMOGOROFF. (*Centralbl. f. Gyn.* 1891. No. 28.) In einem Fall, in welchem der Pruritus vulvae nicht auf Leukorrhoe oder Diabetes zurückzuführen ist, hat Verfasser schnelle Heilung mit dem konstanten Strom erzielt. Es handelte sich um eine 36 Jahre alte Frau, die seit 1½ Jahren von dem Leiden gequält wurde. Es wurde eine 4—5 cm lange cylindrische Elektrode von Hartgummi mit Metallknopf in die Vagina eingeführt und mit dem positiven Pol verbunden, während die scheibenförmige, mit Handschuhleder überzogene negative Elektrode, in Salzwasser getaucht, über die juckende Fläche geführt wurde. Es wurden 15—20 Milliampères während 10—15 Minuten appliciert, und zwar nur 6 mal während 6 Wochen. Der Pruritus schwand, war nach 4 Monaten noch nicht recidiviert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bei Pruritus ani oder vulvae empfiehlt BALFOUR:

Calomel	5,0
Vaselin	35,0.
Mfg.	*Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine Haarnadel in der Harnröhre eines Mannes, von S. J. MELTZER. (*New Yorker Medicin. Monatsschrift.* Juli 1892.) Bei einem 17jährigen jungen Mann fand Verfasser eine Nadel in der Harnröhre, die er aber nicht als Haarnadel erkennen konnte, weil nur ein Schenkel fühlbar war; das Geständnis des jungen Mannes, dafs

er eine Haarnadel eingeführt hätte, liefs Verfasser erst die Situation erkennen. Die Schenkel lagen senkrecht nebeneinander, der obere zwischen die Corpora cavernosa hineingepreſst, die Spitzen waren nach vorne gerichtet, die eine in der Fossa navicularis fühlbar. Die Entfernung der Nadel wurde durch Urethrotomia externa leicht bewirkt. Verfasser hält diese Lage der Nadel für eine in solchen Fällen typische.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Anlegung einer permanenten Blasenfistel über der Symphyse bei inoperablem Prostatatumor, von Eg. Hoffmann. (Greifswalder med. Verein, 2. Juli 1892, nach *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Seit 8 Wochen Harnverhaltung bei einem 78jährigen Manne, Katheterismus nur mit Metallkathetern unter groſsen Schwierigkeiten möglich; vor 6 Wochen Cystotomie. Da das Orificium internum von einem Tumor ringförmig umgeben und dieser nicht zu entfernen war, wird eine Blasenfistel angelegt; Drainage durch Jodoformgazestreifen. Der Urin, früher alkalisch und stinkend, wurde normal. Vor $1^1/_2$ Wochen Einführung eines Drains, der bald fest von der Wunde umschlossen wird. Verfasser hat dann einen Apparat konstruiert, bestehend aus einer aufblasbaren Gummipelotte, durch welche ein Schlauch einerseits in die Blase, andererseits in das Receptakulum führt und der an die Gegend der Bauchwunde angepreſst wird. Das in die Blase reichende Schlauchstück kann leicht gewechselt und erneuert werden; der an der Innenseite der Pelotte liegende Hohlraum wird mit Gaze ausgefüllt. Der Apparat funktioniert ausgezeichnet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Cystitis mittelst Injektion von Jodoform-Äther-Öl, von Orev-Blom. (*Annal. des malad. des organ. génito-urin.* 10. August 1892.) Bei akuter und chronischer Cystitis wurden jeden zweiten bis dritten Tag mit Guyonscher Spritze 1—6 ccm der Jodoform-Äther-Öllösungen (1 : 7 : 7) in die Blase gebracht. Schmerz und Urindrang lassen schon nach der zweiten Instillation nach. Die besten Erfolge geben akute gonorrhoische Blasenkatarrhe. — 12 Krankengeschichten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Resektion der Uretha in Fällen traumatischer Verengerungen, von E. Vignard. (*Arch. provinc. de chir.* T. I.) Verfasser empfiehlt die Resektion der Urethra bei traumatischen Strikturen als das rationellste Verfahren, das auch bei schwierig zu dehnenden vorgeschlagen werden müsse. Die Stumpfenden lassen sich leicht zusammenziehen, exaktes Nähen der Weichteile zwischen Urethra und Haut; in der Regel kein Drain, Dauerkatheter für sechs Tage. Dilatationskur nachher nur nötig, wenn es etwa zu stärkerer Urethritis oder Eiterungen gekommen. Seine Statistik umfaſst 15 Fälle traumatischer Strikturen. — Gonorrhoische Verengerungen eignen sich nur dann für die Resektion, wenn sie wirklich genau begrenzt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nächtliche Harninkontinenz, geheilt nach der Behandlung des Dr. Swan, von Duvellié. (*Arch. méd. belges.* Juni 1892.) Bei einem Soldaten, der seit der Kindheit an Incontinentia urinae nocturna litt, ist das Leiden nach der von Swan empfohlenen Anlegung eines Blasenpflasters in den Nacken bisher (d. h. bis zur Publikation) seit 14 Tagen weggeblieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Studie über die Urininfektion von J. Denys. (*Bullet. de l'acad. roy. de Belg.* 1892. No. 1.) In 15 Fällen von Infektion der Harnwege hat D. besonders Blase und Urin genau untersucht. Die Ursache der Entzündung war:

1. Bacillus lactis aerogenes 15mal
2. derselbe mit anderen zusammen 2mal
3. Staphylococcus pyogenes 3mal
4. Bacillus tuberculosis 2mal.

D. meint, es sei Zeit, die Cystitiden fortan schon nach den im betreffenden Falle gefundenen Mikroorganismen zu benennen, die man mikroskopisch leicht feststellen könne. (Ohne Kulturen? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Salol in der Behandlung der chronischen Cystitis, von Sympson. (*Practitioner.* Juni 1892.) Die Wirkung des Salol bei der chronischen Cystitis ist eine sehr günstige; es bewirkt in 1—2 Tagen klaren Urin, Schwinden der Alkalescenz. S. verordnet es in folgender Mixtur:

Salol	8,0	4stündlich einen Eßlöffel.
Pulv. acaciae Gummi q. s.		
Aq. Cinamom.	360,0	

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bakteriologische Untersuchungen über urinöse Infektion, von Ali Krogius. (Helsingfors 1892.) Der gewöhnliche Erreger der urinösen Infektion ist der unter dem Namen Bacterium pyogenes beschriebene Bacillus non liquefaciens, der sehr polymorph ist und vom Verfasser mit dem Bacterium coli communis (Escherich) identifiziert wird. In seltenen schweren Fällen von urinöser Infektion findet sich ein Bacillus liquefaciens, vom Verfasser früher als Urobacillus liquefaciens septicus beschrieben, identisch mit Proteus vulgaris. Beide Bacillenarten finden sich im pathologischen Urin, Harnabscessen, Nierenabscessen, im Blute und den Eingeweiden, sind pyogen und sehr toxisch. — Bacterium coli kann im Urin vorhanden sein ohne Läsion der Harnwege und macht dann schwerste Allgemeinerscheinungen. — Der Proteus vulgaris erzeugt durch seine Gegenwart Cystitis, ebenso der Staphylococcus pyogenes und der Gonococcus; selten andere Mikrokokken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Paroxysmale Hämoglobinurie, von Kast. (Ärztlicher Verein zu Hamburg. 28. April 1891. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 34.) K. stellt einen an paroxysmaler Hämoglobinurie leidenden Kranken vor, dessen Harn seit einiger Zeit nach größeren Märschen eine dunkelrote Farbe hatte, die nach einigen Stunden Ruhe schwand. Keine Störungen des Allgemeinbefindens. In dem lackfarbigen, dunkelbraunroten Urin mit weißem Schaum war viel Albumen, aber keine roten Blutkörperchen vorhanden; spektroskopisch ist Hämoglobin nachweisbar. — Man unterscheidet zwei Formen von Hämoglobinurie, die toxische — durch chemische und infektiöse Schädlichkeiten — und die paroxysmale (Lichtheim). Ursache der letzteren ist meist Abkühlung der Haut; Unbehagen, Schüttelfrost, Temperatursteigerung begleiten sie gewöhnlich. Bei dem vorgestellten Patienten giebt auffallenderweise Muskelbewegung, und zwar nur Gehen, die Veranlassung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die ausdrückbare Blase, Beitrag zur Kenntnis der Innervationsstörung der Blase, von Wagner. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892. No. 47.) Die Expression des Blaseninhaltes bei Blasenlähmungen infolge von Rückenmarkserkrankungen gelingt nicht immer. Bei Paralytikern konnte Verfasser feststellen, daß es von dem Verhalten der Sehnenreflexe abhängt, ob die Blase ausdrückbar ist; wo dieselben gesteigert sind, mißlingt der Versuch. Der Satz gilt aber auch allgemein. Bei Tabes gelingt das Ausdrücken, oft sogar schon sehr früh, ebenso bei Polyneuritis, bei Rückenmarksverletzungen, wenn die Reflexe erloschen sind; nicht aber bei Myelitis. Zur Erklärung des Zusammenhanges ist zu erwägen, daß der Blasenverschluß bewirkt wird durch elastische Eigenschaften des den Blasenausgang umgebenden Gewebes und durch Muskelwirkung; die Muskeln werden reflektorisch in einem gewissen Tonus erhalten. Wo also die Reflexe erloschen sind, fällt dieser Tonus fort, und die Blase kann ausgedrückt werden und umgekehrt. Die ausdrückbare, gelähmte Blase entleert sich tropfenweise und unvollkommen, träufelt ab, die nicht ausdrückbare gelähmte Blase entleert sich im Strahle und ziemlich vollkommen.

Man sollte eigentlich nicht von Detrusor- oder Sphinkterlähmung sprechen, da beide meistens gleich betroffen sind, sondern von tonischer Blasenlähmung (Reflexerregbarkeit erhalten) und atonischer Blasenlähmung (Reflexerregbarkeit erloschen).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Urometer von Zoth, von K. B. Hofmann. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892. No. 44.) Zoth hat einen einfachen Apparat konstruiert, um Harnstoff, Eiweifs und Zucker im Harn quantitativ zu bestimmen.

1. Zur Bestimmung des Harnstoffes wird Bromnatronlauge (10,0 Ätznatron in 25 ccm Wasser gelöst, 8,0 Brom zugesetzt, mit 28 ccm Wasser verdünnt), benutzt.

2. Zur Ermittelung des Zuckergehaltes wird aufgeschwemmte Hefe statt der Lauge genommen und 24 Stunden stehen gelassen.

3. Zur Bestimmung des Eiweifsgehaltes dient Esbachsches Reagens (1,0 Pikrinsäure, 2 Citronensäure, 100 Aq.). Das Nähere über die Anwendungsweise findet man *Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 1. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einfluſs der bestehenden Ureterfistel auf die Harnsekretion, von Schatz. (IV. Kongreſs der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Mai 1891.) Dem Vortragenden fiel es auf, daſs der aus der Ureterfistel entleerte Urin von dem in der Blase befindlichen, durch die Niere der gesunden Seite abgeschiedenen in seiner Beschaffenheit abwich; der erstere Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1003, der letztere von 1020. Nach Sch. kann es sich nur um eine unter dem Einfluſs der Fistel eintretende Veränderung der Nierensekretion handeln.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Demonstration eines sogenannten Pfeifensteines, von Max Nitze. (Berliner med. Gesellschaft. 15. Juli 1891. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 31.) Die eigentümliche Form des bei einem 22jährigen Manne entfernten Steines wird bedingt dadurch, daſs ein Teil desselben in der Blase, ein Teil in der Urethra posterior sich entwickelt; der dünne Hals bildet sich an der Stelle, wo der Sphinkter internus den Stein umschlieſst. Derselbe wurde in der Narkose in die Blase zurückgeschoben und durch die Sectio alta entfernt. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des **weichen Schankers** verwendet und empfiehlt Gamel (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, S. 536,) Umschläge mit einem Gemisch von 10 Teilen krystallisierter Karbolsäure und 25 Teilen Camphor. Dasselbe ist syrupdick und riecht nicht unangenehm. Der Schanker wird täglich zweimal frisch verbunden. Heilung erfolgte teilweise schon in drei Tagen. Auch bei vereiterten Bubonen hat sich diese Mischung bewährt. *Türkheim-Hamburg.*

Einen von einem Fremdkörper ausgehenden Harnstein demonstriert Dr. Kenyeres in der Gesellschaft der Ärzte zu Budapest. Die Leiche eines Selbstmörders verbreitete einen starken Uringeruch; Haut in der Umgebung der Genitalien excoriiert, an der Wurzel des Penis eine Öffnung, die Harnröhre verengt und voll mit zum Teil inkrustierten Bruchstücken von Bougies. Ein solches auch in der Harnröhrenmündung; an ihm zwei Steine, einen in der Harnröhre, einen in der Blase. (*Pester med. chirurg. Presse.* 1892. No. 13.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage von der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung, von Kolizew.

Zur Frage von der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung, von Th. S. Pasternazki.

Bericht der Kommission in Sachen der Regulierung des jüdischen Beschneidungsritus.

Über den Ritus des Aussaugens bei der Beschneidung der Juden, von Chwolson.

Der Beschneidungsritus bei den Mohammedanern und seine Antisepsis, von S. S. Janowitsch-Tschainski. (*Shurnal russ kawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sela wija* 1891. No. 8—9. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1892. No. 7.) Kolizow teilt sieben Fälle von tuberkulöser Infektion infolge von Beschneidung durch einen tuberkulösen Beschneider mit. Demgegenüber erklärt Pasternazki die Beschuldigung des Beschneiders allein für ungerechtfertigt, da man auch bei der mangelnden Antisepsis während der Operation, wie während der Nachbehandlung auch an andere Infektionsmöglichkeiten denken müsse. (Wie kommt es, dafs dann gerade bei demselben, erwiesenermafsen tuberkulösen, Beschneider die Infektion erfolgte? Der Ref.)

Die Kommission zur Regulierung des jüdischen Beschneidungsritus hat folgendes Regulativ ausgearbeitet:

1. Die Eltern haben nach dem Talmud das Recht, das Kind unbeschnitten zu lassen, wenn es nach dem Urteil des Arztes durch die Beschneidung gefährdet wird (Hämophilie, Disposition zur Tuberkulose etc.).

2. Einführung von speziellen Instrumenten, die keinem anderen Zwecke dienen dürfen und gehörig desinfiziert werden müssen.

3. Das Aussaugen der Wunde soll, statt mit dem Munde, mit einem Saugapparate erfolgen. Übrigens ist das Aussaugen nach dem Ritus nicht obligatorisch.

4. Die Beschneider haben vor ihrer Anstellung bei einem Arzte die schulgerechte Operation zu erlernen und sich prüfen zu lassen.

5. Es ist wünschenswert, dafs die jüdischen Ärzte selbst die Ausführung der Beschneidung übernehmen.

6. Die richtige Anschauung von der Sache ist unter der jüdischen Bevölkerung durch Wort und Schrift zu verbreiten.

7. Es wäre erwünscht, die üblen Folgen einer Beschneidung in jedem Falle in der speziellen jüdischen Presse mitzuteilen.

Chwolson weist auch nach, dafs das Aussaugen nach dem Talmud nicht erforderlich ist. (Ist in Deutschland schon lange abgeschafft.)

Janowitsch-Tschainski teilt mit, dafs bei den Mohammedanern jedes Kind vor der Operation gebadet und in reine Wäsche gehüllt wird. Ebenso bereitet sich der Operateur, aufser durch Gebet, durch Baden und Anziehen reiner Wäsche vor. Als Instrument dient ein nur zu diesem Zwecke benutztes Rasiermesser. Nachbehandlung mit Bädern. Üble Folgen nicht bekannt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Gegen chronischen Tripper:

Argent. nitr. cryst.	0,5	*Tannin.*	
Solve in Aq. dest. q. s.		*Jodoform. pulv.*	ss 2,5
Lanolin. anhydr.	35,0	*Glycerin.*	31,0
Ol. oliv.	15,0	*Aq. ros.*	94,0
M. Mittelst kanellierter Sonde anfangs 3mal, später 2mal wöchentlich in die Urethra einzuführen.		MDS. Zum Einspritzen.	

Lysol gegen die Blennorrhagie wird von W. Carballo in dem *Boletin de medicina de Chile.* 1892 empfohlen: Nach Entleerung der Blase und Ausspülung der Har-

röhre mit 35° warmem Wasser wird 12,0—15,0 einer der nachstehenden Lösungen injiciert:

Lysol	1,0
Aq. destillat.	100,0
Tinct. Cp. croc.	3,0
oder	
Lysol	1,0
Aq. destillat.	100,0
Cocain. muriat.	0,5.

Die Injektion wird 3 mal täglich vorgenommen, die Flüssigkeit bleibt 4—5 Minuten in der Harnröhre. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Örtliche Behandlung specifischer und nicht specifischer Urethritis mit öligen Mitteln, von Eu. Chancellor. (*The journ. of Am. med. ass.* Dezember 1892.) Der Karbolkampher wirkt antiseptisch und anästhesierend, reizt nicht und ist in milden Fetten und Ölen vollkommen löslich:

Camphor. phenyl.	5,0—10,0
Ung. Zinc. oxyd. bensoat.	8,0
Ol. amygd. dulc. q. s. ad	32,0.

MDS. 4—6 mal täglich mit stumpfer Spritze zu injicieren.

Andere Mischungen sind:

Camphor. phenyl.	1,5—3,0
Jodoform s. Aristol	1,0—1,5
Benzoinol (?)	16,0
oder	
Camphor. phenyl.	1,5—3,0
Bismuth.	6,0
Ol. olivar.	16,0.

Durch diese Mittel wird der Verlauf der Gonorrhoe erheblich abgekürzt.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Diagnose und Therapie der Blennorrhoe der Harnröhre, von J. Jornet (*Ann. des mal. des org. génito-urin.* 1892, Vol. X, S. 4—6.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen betreffs der Gonorrhoe:

1. Zur Diagnose und Therapie ist das Mikroskop notwendig.

2. Die Einteilung in akute und chronische Gonorrhoe beruht auf unsicherer Grundlage; nur das histologisch-bakteriologische Studium giebt eine sichere Basis für die Behandlung.

3. Man mufs drei Stadien unterscheiden: a) Gonokokkenstadium, Therapie: Auswaschungen mit Sol. Kalii permang. 1:1000—4000; b) aseptisches Stadium nach Schwinden der Gonokokken. Therapie: Lokal Arg. nitricum; Auswaschungen mit dünneren Lösungen von Kalium permang. bei trübem, mit konzentrierteren bei klarem Urin; bei Verengerungen Dilatation; c) Stadium der sekundären Infektionen. Therapie: Auswaschungen mit Sublimat 1:20 000.

4. Heilung ist eingetreten, wenn keine Läsion der Harnröhrenschleimhaut sichtbar, keine Eitersekretion, keine Mikrobien vorhanden sind.

5. Das Heiraten ist erst in diesem Stadium zu gestatten; bei früherer Heirat ist strenge Überwachung nötig. (Was kann diese verhüten? Der Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Infektionsdauer der Blennorrhoe, von H. Feleki. (26. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher zu Kronstadt [Brassó], den 22.—25. August 1892. *Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 44.) F. weist nach, 1. dafs eine latente Blennorrhoe weder beim Manne, noch beim Weibe existiere; 2. dafs ein

noch so lange bestehender chronischer Tripper beim Manne, falls das Sekret oder die Tripperfäden Gonokokken enthält, beim Weibe eine typisch verlaufende Gonorrhoe erzeugt.

Im Anschluſs hieran wird beschlossen, ein Komitee zum Studium der Prostitutionsverhältnisse und der Verbreitung der venerischen Krankheiten in Ungarn einzusetzen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Arthritis sterno-clavicularis blennorrhagica, von G. Thibierge. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, S. 570.) Die Gelenkentzündung kam sieben Wochen nach Beginn des Trippers zum Ausbruch. Einige Zeit vor dem Tripper hatte Patient an akutem Gelenkrheumatismus gelitten. Der Verlauf der Entzündung des Sterno-Clavicular-Gelenks sprach gegen deren rheumatische Natur. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Prophylaxis des Augentrippers der Erwachsenen und zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum, von Wolffberg. (*Therap. Monatsh.* 1892. No. 12.) W. giebt die sehr ausführlichen Anweisungen wieder, welche er in Broschürenform den Eltern von an Blennorrhoea neonatorum erkrankten Kindern mitgiebt, um Ansteckungen zu verhüten. Zur Reinigung der Augen läſst er Lösungen von Kalium permanganicum benutzen, der bei befürchteter Infektion sogleich eine Einträufelung von 2%iger Arg.-nitr.-Lösung folgen muſs. Die schlechte Prognose des Augentrippers bei Erwachsenen, der im besten Fall mit einem der Pupillenbildung günstigen Leukom heilt, macht die gröſste Vorsicht notwendig. — In jüngster Zeit versuchte W., auch das Alumnol in 4%iger Lösung zum Einträufeln ins Auge vor der Anwendung des Arg. nitr., das durch Alumnol nicht ersetzt werden kann. Es bilden sich im Conjunctivalsack sofort reichliche weiſsliche Gerinnsel, und das Thränen sistiert für einige Minuten. Bei protrahierter Anwendung der 4%igen Alumnollösung stellt sich oft Chemosis der Conjunctiva bulbi und Lidödem ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

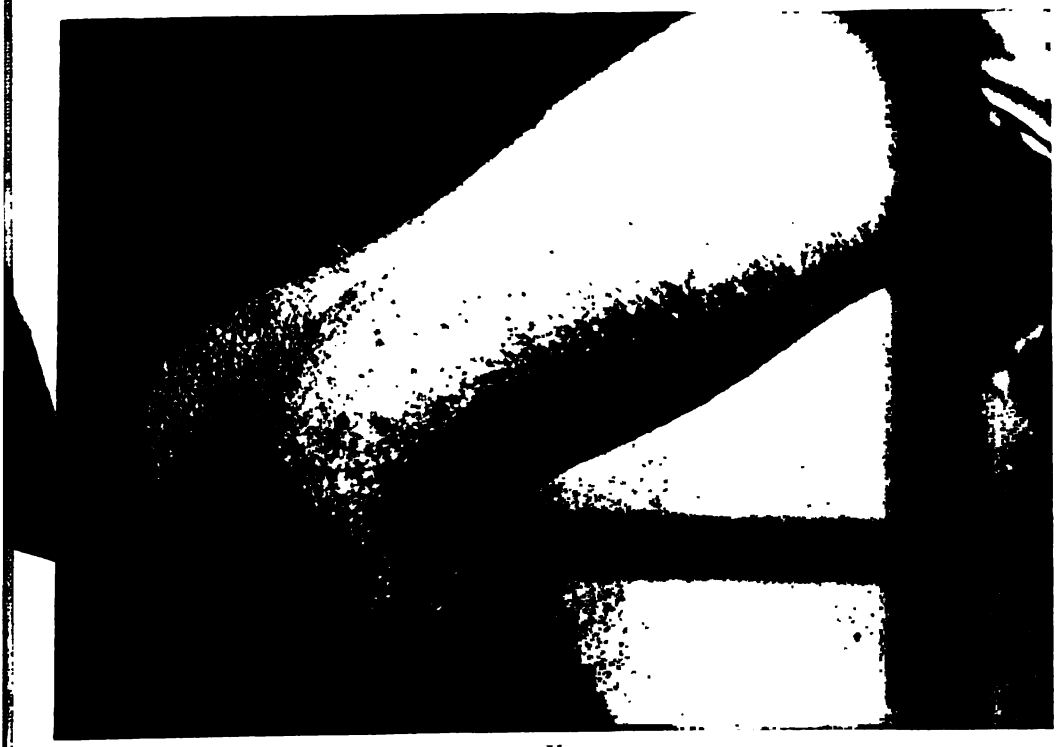
Die Pathogenese der gonorrhoischen Gelenkaffektionen, von B. Stark. (*New Yorker med. Wochenschr.* 1892. No. 9.) Verfasser erklärt den Tripperrheumatismus für eine Mischinfektion, hervorgerufen durch Resorption von eitrigem (streptokokkenhaltigem) Sekret, das zugleich „bei der unzertrennlichen Verbindung von Streptokokken und Gonokokken“ letztere enthält. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Peritonitis gonorrhoica bei der Frau, von P. R. Charrier. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1323.) Zwei Formen septischer Peritonitis kommen beim Weibe vor; die eine bildet die Haupterscheinung der Puerperal-Infektion und wird meist durch den Streptococcus, seltener durch den Staphylococcus bedingt. Die andere, die gonnorrhoische Infektion spielt sich namentlich im kleinen Becken ab; sie bringt nur ein plastisches Exsudat mit nachfolgenden Verwachsungen zu Wege. In ihrem Verlauf kommt es häufig zu akuten peritonitischen Reizerscheinungen, namentlich während der Menstruation oder nach geschlechtlichen Ausschweifungen. Diese Form der Peritonitis kommt durch gonorrhoische Infektion zu stande, indem der Gonococcus durch die Tuben in das kleine Becken eindringt. Man thut daher gut, jede gonorrhoische Entzündung der Vagina gleich im Beginn nachhaltig zu bekämpfen. *Türkheim-Hamburg.*

I.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.



II.

III.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Lichtdruck v. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 11. 1. Juni 1893.

Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris.

Von

Dr. med. E. von Düring,

Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de médecine in Konstantinopel.

(Mit Tafel V und VI, sowie 3 Abbildungen im Text.)

(Schluſs.)

Klinische Beschreibung des Lichen neuroticus.

Da der Lichen neuroticus entschieden zu den selteneren und anscheinend nicht überall und nicht zu allen Zeiten beobachteten Lichenformen gehört — er ist bedeutend weniger häufig, als die Pityriasis pilaris (von der ich in fast vier Jahren sieben Fälle, vom Lichen neuroticus drei Fälle beobachtet habe), — da weiter diese Form des Lichen noch nicht allgemein anerkannt ist, so hatte ich die Absicht, die seiner Zeit von Unna publicierten Fälle in die Arbeit hineinzubeziehen. Da die Beobachtung dieser Fälle jedoch in eine Zeit fällt, in der einerseits ich noch nicht Assistent Unnas war, also sie nicht selbst mit beobachtet habe, andererseits die Diskussion über den Lichen noch nicht die spätere Akuität erlangt, und Unna infolgedessen in die Detailbeschreibung noch nicht mit der Präcision eingegangen ist, wie es bei diskutierten Fällen sich nötig erweist, so will ich mich darauf beschränken, das zusammenzufassen, was ich selbst beobachtet habe.

Ich kann aber mit kleinen Abweichungen, die sich mir aus dem weniger günstig verlaufenen Fall II. ergeben, die Beschreibung adoptieren, die, nach Unnas Vortrag, Török 1889 gegeben hat. Es gilt das besonders von dem akuten Beginn der Erkrankung. Es heifst dort pag. 128:

„Während eines vollkommen gesunden Zustandes der betreffenden Individuen tritt besonders an den Extremitäten, aber auch auf dem Rumpfe, seltener am Halse, ein juckendes und brennendes Erythem mit Temperaturerhöhung der betreffenden Hautstellen auf. Dasselbe bildet anfänglich etwa handtellergroſse Flecken, verbreitet sich aber bald in Schüben über groſse Flächen des Körpers und kann endlich den gröfsten Teil desselben einnehmen. Über diesem Erythem und in der Nähe der Grenzen desselben treten nun Papeln auf, welche der Lokalisation nach den Haar-

follikeln entsprechen und einen „labilen“ Charakter haben,[9] d. h. sie treten unter plötzlicher Aufregung[10] des Kranken auf, verschwinden aber zum Teil, nachdem sich die Aufregung des Kranken gelegt hat, oder nach Anwendung beruhigender Mittel.[11] Sie sind durch einen plötzlichen Spasmus der Arrectores hervorgebracht. Oft, nach einigen Tagen schon, bilden sich an diesen Stellen Knötchen aus, welche auch nach Sistieren des Spasmus verbleiben, durch Spannen, Ausziehen der Haut nicht verschwinden, sich nicht verdrängen lassen. Dieselben sind tief rot, eleviert, konisch, glänzend (ihre Hornschicht ist gespannt), von einem Härchen durchbohrt und mit einem feinen Schüppchen versehen.[12] Sie bleiben im weiteren Verlaufe der Processes immer auf diesem Stadium der Entwickelung stehen und gehen nie eine Umwandlung in Bläschen oder Pusteln ein.[13] Auch in diesem Stadium treten häufig Anfälle auf, während welcher der Kranke von starker Unruhe, Frösteln, unerträglichem Jucken geplagt wird, und während welcher die eben beschriebenen Knötchen ebenso wie die normalen Follikel durch den Spasmus der Arrectores mehr hervortreten. Nach mehreren Wochen, während welcher sich die Papeln immer mehr anhäufen, schwillt die Haut auch zwischen denselben entzündlich auf, und in dieser diffusen blaugrauroten Anschwellung gehen die einzelnen Papeln unter.[14] Über derselben macht sich eine erhebliche Abschuppung bemerkbar, und die kratzenden Finger ziehen weifse Streifen in der verdickten rauhen Hornschicht. Dabei besteht immer leises, anfallsweise starkes Jucken. Infolge der häufigen Attacken des fortwährenden Juckens, der Frostschauer, der dadurch bedingten Schlaflosigkeit und Nervosität, des Appetitmangels tritt sehr bald eine Abmagerung des Patienten ein. Die Patienten machen den Eindruck schwer Kranker, sind hohläugig, mit eingefallenen Wangen, an Kräften herabgekommen. Gesicht und behaarter Kopf zeigen gewöhnlich keine Knötchen, doch ziehen manchmal rote, schuppige Streifen durch das Gesicht, und auch der behaarte Kopf wird gerötet und stark schilfernd. Auch tritt manchmal Haarausfall ein. Eine Veränderung der Nägel war in den von mir beobachteten Stadien nicht aufgetreten. In dieser Weise kann sich die Affektion monatelang hinziehen. An den Stellen, wo die Pigmentation abheilt, bildet sich eine charakteristische dunkle Pigmentation aus.“

---

[9] Unna hätte diese Bemerkung insofern klarer fassen müssen, als sich der labile Charakter auch auf das Erythem bezieht. Die lokalisierten Erytheme haben schon ein chagriniertes Aussehen und können in der ersten Zeit ganz oder teilweise wieder verschwinden.

[10] Unter den Symptomen akuter Erkrankung, akuter Nachschübe, mit Hitze, Frost, nervöser Erregung.

[11] In diesem Punkte weichen meine Erfahrungen etwas ab. Im Anfange ist nach einigen Tagen relatives Wohlbefinden wiederhergestellt; später vermag man, die Nervosität mit beruhigenden Mittel zu bekämpfen; auf die lokalen Affektionen bleiben sie ohne Einfluſs.

[12] Man findet in länger bestehenden Fällen auch kleine Papeln an Stellen, wo keine Follikel sind. Weiter findet man sehr häufig Papelchen mit einem Haar im Centrum, aber ohne Schüppchen. Die Thatsache, daſs wir im allgemeinen bei frischen Lichenpapeln keine Schuppen finden, dagegen bei dieser akuten Form häufiger, ist wohl auf die Akuität des Processes beim Lichen neuroticus zu setzen: die schnell gespannte, vorgewölbte Hornschicht kann sich nicht allmählich dehnen und löst sich deshalb in der Peripherie.

[13] Unna hätte hier, um ganz verständlich zu sein, einfügen müssen, daſs es durch nahes Zusammenrücken der Papeln zur Bildung von Plaques kommt, die sich in späteren Stadien in nichts von den Plaques unterscheiden, die wir bei Lichen universalis treffen.

[14] Diese Farbe der Haut scheint sich nur in den sehr akut verlaufenden Fällen zu erhalten. Sobald die Fälle chronischer werden, tritt eine dunkle, bis zu schwarzsepiabraune Färbung ein.

Unna, der sich seine Anschauungen vom Lichen ruber Hebrae nach der Beschreibung F. Hebras gebildet, der die Pityriasis ruber pilaris kurz vorher in Paris studiert hatte, lag doch noch sehr in den Banden der unglücklichen Formenbezeichnungen „acuminatus“ und „planus“. Um diese wurden von anderen Autoren grofse Debatten geführt, weil es dem einen gelungen war, mit der Lupe zwischen planen Papeln eine etwas spitzere zu entdecken, oder dem anderen unter akuminaten eine plane Papel zu finden, woraus dann „Grundanschauung umstürzende Schlüsse“ gezogen wurden.

In dem oben erwähnten Artikel Töröks citiert derselbe Beobachtungen Unnas von Übergangsformen zwischen planus und acuminatus, von akuminierten in plane Papeln. Es giebt eben allmählich entstehende und akut entstehende Papeln. Die ersteren möchte ich, wenn man sie als ganz kleine, glänzende, weifse, allmählich sich rötende Knötchen, kaum mit der Lupe erkennbar, beobachtet, in ihrer Form auch nicht immer als plan bezeichnen; sie können im Gegenteil sehr spitz, akuminiert, obtus u. s. w. sein.

Wilson beschrieb etwas weiter vorgeschrittene Papeln — daher der Name planus. F. Hebra — es ist merkwürdig, dafs das nie genügend betont wird — beschreibt in der ersten Auflage ganz deutlich Plaques, wie sie auch Wilson beschrieben hat —, nur dafs er sie nicht so nennt:

„Dadurch erscheinen allmählich die entwickelten Papulae immer dichter gesät, die zwischen denselben anfänglich bestandenen gröfseren Zwischenräume gesunder Hautstellen werden immer spärlicher, bis es endlich dahin kommt, dafs sich die Knötchen an der Peripherie berühren und so als eine zusammenhängende, rote, infiltrierte, mit Schuppen bedeckte, verschieden grofse und verschieden gestaltete kranke Hautfläche erscheinen.“

An dieser Beschreibung der mit den Plaques von Lichen planus Wilson sich deckenden Hautflächen könnte man höchstens das „mit Schuppen bedeckt“ beanstanden.

De facto findet man, von den späteren, psoriasiformen Stadien der Plaques ganz abgesehen, schon sehr früh viel mehr mit Schüppchen bedeckte Papeln, viel häufiger, als im allgemeinen bei der Beschreibung betont wird. Sonst stimmt diese Beschreibung späterer Stadien des akuten Hebraschen Lichen volkommen mit der Beschreibung Wilsons, durchaus aber nicht mit der Pityriasis rubra pilaris (oder, was das gleiche ist, dem Lichen ruber acuminatus Kaposi). Wie schon in der Einleitung erwähnt: Es wäre ja sonst auch ganz unmöglich gewesen, dafs sich F. Hebra und Wilson verständigt hätten. Hätten beide zu jener Zeit so treffliche Moulages haben können, wie sie das Museum Baretta jetzt liefert, und hätten sich auf einem „Kongrefs“ getroffen, so hätte die spätere Verwirrung, besonders die Hineinbeziehung der noch nicht als Krankheit sui generis erkannten Pityriasis rubra pilaris in den Hebraschen Lichen

ruber nicht erfolgen können. Da aber die akuten Lichen neuroticus-Fälle selten, die Pityriasis rubra pilaris dagegen häufiger war, so entfernten sich die — Kaposischen — Beschreibungen immer weiter vom alten Typus Hebras, und die Kluft zwischen den verschiedenen Schulen wurde immer gröfser, denn selbst denen, die den alten Typus Hebras sahen und an dessen Beschreibung festhielten, waren durch den „Lichen ruber acuminatus" und durch das Nichtkennen der Pityriasis rubra pilaris als solcher die Blicke getrübt. Besonders verhängnisvoll ist das Festhaltenwollen an der „akuminaten Form während der ganzen Dauer der Erkrankung" geworden. Dadurch, dafs man den oben citierten Nachsatz in der Beschreibung F. Hebras übersehen, den Vordersatz: „Diese Knötchen bewahren ihre Gröfse während des ganzen Bestandes" — einseitig über Gebühr betont hat, ist man an einigen Orten dahin gekommen, sich an das Bild der Pityriasis rubra pilaris als an Hebras Lichenform zu gewöhnen, ohne zu sehen, dafs wesentliche Punkte nicht nur im Verlauf, sondern auch in der äufseren Erscheinungsform der Hebraschen Beschreibung gar nicht entsprechen!

Nach diesem Exkurs wollen wir wieder zur Beschreibung des Lichen neuroticus zurückkehren. Definieren würden wir denselben als eine akute Lichenform, als eine akute, entzündliche Hauterkrankung. Dieselbe beginnt mit allgemeinen akuten Symptomen — Kopfschmerzen, Nervosität, Abgeschlagenheit, Frösteln, Hitze, leichten Fieberbewegungen —, auf der Haut mit Bildung von mehr oder minder grofsen erythematösen, chagriniert aussehenden, aber zu Beginn meist nicht beständigen Flecken an den Extremitäten oder am Thorax; sie überzieht den ganzen Körper, selten Kopf und Gesicht. Zunächst um die Haarfollikel, später auch, unabhängig von denselben, kommt es zur Bildung von kleinen, glänzenden, derben roten Papelchen mit oder ohne Schüppchen.

Von hier an müssen wir nun zwischen abortiv, leicht verlaufenden Fällen unterscheiden, bei denen — sei es spontan, sei es durch die Therapie — die akute Entzündung und Schwellung, die Papeln sich zurückbilden, ehe es zu ausgedehnter Plaquesbildung kommt, und zwischen solchen, die nun in die gewöhnliche Form eines — allerdings schweren — universellen Lichen übergehen. Zu den ersteren gehören ein Teil der Unnaschen Beobachtungen, eine Beobachtung von mir aus dem Jahre 1889 (s. *Monatsh.*), meine erste Beobachtung in dieser Mitteilung. Was aber ganz wesentlich ist für die Diagnose: Es kam in allen Fällen, die ich gesehen habe, zu der weiter unten näher zu erwähnenden Pigmentation der Haut, und in allen Fällen zur Bildung einiger planer Papeln; der Fall I. bewahrt noch einige Plaques am Vorderarm und an den Unterschenkeln. Im übrigen tritt dann aber rasch restitutio ad integrum und volle Gesundheit ein.

In den anderen Fällen, den mittelschweren, bestehen die akuten Erscheinungen noch einige Zeit lang fort. Dann kommt es durch Zusammentreten der massenhaft entwickelten kleinen spitzen Papeln zur Bildung von Plaques, die sich in nichts von den Plaques des universellen Lichen unterscheiden. Nur die Pigmentation der zwischenliegenden Haut ist tiefer, dunkler und oft auch die Farbe der Plaques fast schwarz, dunkler, als man sie gewöhnlich beim Lichen universalis sieht. Abgesehen von dem akuten Anfang, der schwereren Allgemeinerkrankung, nähern sich diese Fälle also mehr dem gewöhnlichen Verlauf. Sie bilden von der einen Seite (s. Fall III.) die Übergangsbilder zum Lichen universalis, von denen wir im Fall IV. der P. aus A. ein Übergangsbild von letzterem zum Lichen neuroticus haben.

In den ganz schweren Fällen erreicht die Plaquesbildung, die Hautinfiltration einen sehr hohen Grad. Die Abschuppung ist in meinen Fällen immer in sehr geringen Grenzen geblieben; in den Gelenkbeugen, an der Handfläche, unter den Fufssohlen, auf dem Rücken war sie etwas in den Vordergrund tretend, aus glänzenden, dünnen, kleinen, meist im Centrum haftenden Schuppen bestehend. Am frappantesten war die Schwere der Hauterkrankung am Bauch und unter den Brüsten in Fall II. Von der Unterseite der Brüste bis zu 2 Querfingerbreit über dem Nabel war die ganze Haut mit wenigen, minimalen, ausgesparten Inseln in eine fast schwarze, glänzende, derbe, kaum faltbare Platte verwandelt. In den Gelenkbeugen wird die Infiltration so stark, dafs die Haut wie verkürzt erscheint und leicht Rhagaden bekommt; die Hautfaltenbildung ist zunächst gar nicht ausgesprochen, ja es war an den afficierten Partien in den ersten Monaten schwer eine Falte zu erheben; erst bei gröfserer Abmagerung kann man die stark verdickte Haut in Falten aufheben. Sehr wichtig differential-diagnostisch gegen Pityriasis rubra pilaris sind besonders drei Punkte: Erstens ist beim Lichen neuroticus, wie überhaupt beim Lichen, eine der Prädilektionsstellen im ganzen die Beugeseite der Extremitäten, besonders der oberen; die Streckseite ist weniger befallen; bei der Pityriasis rubra pilaris ist das umgekehrte der Fall. Besonders ist bei letzterer Affektion die Beugeseite des Handgelenks fast stets, selbst in den schwersten Fällen, auffallend gering beteiligt, während diese Stelle ein Lieblingssitz des Lichen ist.

In unseren Fällen kam es zu stärkerer Schuppung der Handflächen, die Finger dagegen waren nur ganz wenig beteiligt. Veränderungen an den Nägeln waren nicht sehr ausgesprochen — im Fall No. II. war die untere Hälfte etwas getrübt, weicher und zeigte Längsfurchung.

Zweitens bleiben beim Lichen die Achselhöhlen fast stets verschont; diese Partien sind bei der Pityriasis rubra sehr stark beteiligt.

Drittens bleibt beim Lichen fast stets das Gesicht und der Kopf

ganz frei oder ist wenig beteiligt; es kommt weder zu stärkerem Wachstum des Haares, noch zum Ausfall. Bei verallgemeinerter Pityriasis rubra pilaris sind dagegen Gesicht und Kopf stets beteiligt; die Haare zeigen entweder excessives Wachstum, oder fallen aus.

Die Mundschleimhaut zeigt die bei Lichen beobachteten weifsen Plaques, in unseren Fällen erhabene, stearinartige, spitze Flecke.

Die Genitalien zeigen in vorgeschrittenen Fällen beim Manne eine Beteiligung, die sich in nichts von der planen Form unterscheidet.

Am Unterschenkel kommt es zu leichten Ödemen, zu besonders grofsen und derben Plaques.

Besonders zu besprechen ist die starke Infiltration und dunkle Pigmentierung der Haut, auch da, wo keine Papeln stehen. Am Bauch kann sie hier einen tief dunkelbraunen Farbenton annehmen, mit einem Stich ins violette. Wenn die Affektion zurückgeht, so schwindet die Infiltration gleichzeitig mit den Papelchen. Die dunkle Färbung der Haut, allmählich in eine cyanotische Färbung derselben übergehend, besteht aber noch lange fort.

Der Sitz der Affektion ist die Cutis (s. die anatomische Untersuchung). Die stärkere Gefäfsfüllung, die bedeutende kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse, die starke Pigmentablagerung in den oberen Cutisschichten lassen die starke Mitbeteiligung der Haut im ganzen verständlich erscheinen.

Der Allgemeinzustand (die Symptome im Beginn der Erkrankung haben wir gegeben) ist dauernd ein ernster. Der Gesamteindruck der Kranken ist ein schwerer, mehr als selbst in schweren Fällen von Lichen universalis bei nervösen Personen. Während im Beginn mehr über Brennen und Stechen in der Haut geklagt wird, tritt mit der Verallgemeinerung der Erkrankung heftiges Jucken ein. Besonders gegen Abend tritt häufig Frösteln, bis zu Schüttelfrösten, Hitze, Temperatursteigerungen (bis zu 38° C. beobachtet) ein. Die hochgradige Nervosität und Abgeschlagenheit wird durch die Schlaflosigkeit noch gesteigert; es treten Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Abmagerung ein. Ob der fatale Ausgang meines Falles II. bei gleichmäfsiger Behandlung verhindert wäre, bezweifle ich, denn die zweite Attacke trat nach einer sichtlichen Besserung ein. Jedenfalls drückte sich hier die Schwere der Erkrankung auch durch die Komplikation von seiten der Nieren aus. Im Anfang glaubte ich, vielleicht durch die Schmierkur mit Karbol und Sublimat eine Intoxikation hervorgerufen zu haben. Aber die schwersten Symptome traten ein, nachdem mehrere Monate damit ausgesetzt war. Der Ausgang in Tod durch die Pneumonie ist wohl jedenfalls auf die allgemeine Kachexie zu beziehen.

Therapeutisch würde ich in solch schweren Fällen in Zukunft meine

Zuflucht lediglich zu allgemeinen hygienischen Mafsregeln, Luftwechsel, roborierenden Medikamenten, kombiniert mit Arsenik, und ganz besonders zu einer sehr energischen hydrotherapeutischen Kur nehmen. Da es sich sicher um eine nervöse Hauterkrankung handelt, dürfte eine derartige Therapie die meisten Erfolge versprechen. Besonders habe ich in der letzten Zeit bei einem Fall von universellem Lichen gesehen, dafs häufige, zweimal täglich, ein bis zwei Stunden währende, Einwickelungen die Kranken mehr erleichtern und ihnen eher Schlaf verschaffen, als die bei längerer Dauer zur Qual werdenden Schmierkuren. — Trotz alledem bleibt aber die Prognose immer eine reservierte.

Differential-diagnostisch kommt nur der universelle Lichen in Betracht und, bei dieser speciellen Arbeit, die Pityriasis rubra pilaris. Vom Lichen universalis unterscheidet sich diese Form des Lichen durch das initiale Erythem, die im Beginn allgemeine akuminierte Form der Papeln, die tiefe Hautpigmentation und die schweren allgemeinen Symptome, resp. die schweren Komplikationen. Da entschieden Übergangsbilder von einer Form zur anderen bestehen, so kann es in einem schweren Fall von entwickeltem Lichen universalis und in einem leichteren Fall von vorgeschrittenerem Lichen neuroticus für denjenigen, welcher den Fall nicht von Anfang an beobachtet hat, schwer sein, sich für die eine oder die andere Form zu entscheiden.

Was die Differentialdiagnose zwischen Pityriasis rubra pilaris und Lichen neuroticus angeht, so kommt sie für den, der beide Erkrankungen gesehen hat, eigentlich gar nicht in Betracht. Die Proteusnatur der Pityriasis pilaris fehlt beim Lichen neuroticus vollständig; und sollten zweifelhafte Fälle möglich sein, so kann jeden Augenblick das Mikroskop die Entscheidung geben.

VI. Pityriasis rubra pilaris.

Krankengeschichte No. 1. Ahmed, 24 Jahre alt (Türke).

Kräftiger, gesunder Mensch, der nach seiner Angabe bis auf die gleich zu beschreibende Hautaffektion stets gesund gewesen ist. Er kommt im November 1889 in Behandlung. Giebt an, schon von seinem 7. oder 8. Lebensjahre ab die gleiche Hautaffektion gehabt zu haben, die manchmal fast ganz verschwand, aber schon mehrfach über den ganzen Körper ausgebreitet gewesen sei. Ganz frei will er nie gewesen sein. Die jetzige Verschlimmerung datiert vom Sommer her.

Status, November 1889.

Auf dem Kopfe sind die Haare stark gelichtet, und die gesamte Kopfhaut ist mit einer dicken Schicht auffallend weifser feinster Schuppen bedeckt. Im gleichen Zustande — jedoch ist der Haarwuchs erhalten — befinden sich die Augenbrauen und und der sehr spärliche Bart. An der Stirn befindet sich ein Saum anscheinend intakter Haut an der Haargrenze. Der gröfsere Teil der Stirnhaut, mit leichter Erhebung gegen den eben erwähnten gesunden Saum abgesetzt, ist rötlich, die Falten vertieft und die feinsten Hautlinien sehr deutlich ausgesprochen, mit ziemlich schmutzigen Schüppchen bedeckt. Stellenweise sieht die Haut so aus, wie die

Bruchfläche ungeschliffenen Granits. Mit der Lupe erkennt man, daſs die Schüppchen, teils durch Konfluenz entstanden, den Öffnungen der Haarfollikel aufsitzen; sehr häufig bilden sie zierliche Kegel, die meisten sind aber durch Zusammenrücken mehrerer gleichartiger Gebilde mehr abgeflacht. Die Konjunktiven sind stark injiciert, die unteren Augenlider leicht ektropioniert, die Augen thränen. Der Zustand des Gesichtes, mit Ausnahme der Nase, die normal ist, ist derselbe, wie auf der Stirn. Die Tiefe der Nasolabialfalte ist wie ausgepudert. Im allgemeinen macht das Gesicht einen schmutzig rötlichen, geschwollenen Eindruck. — Die Ohren sind gleichmäſsig verdickt und auf gleichmäſsig rotem Grunde mit Schüppchen bedeckt. Sowohl bei der Gesichtshaut wie an den Ohren kann man bei Berührung konstatieren, daſs die Schwellung der Haut auffallend gering ist im Vergleich zu der für das Auge sichtbaren Hervorhebung der Hautfaltung. — Vom Kopfe aus verbreitert sich die Affektion über den Nacken, die Schultern, verliert sich aber gegen den Thorax zu. Der Hals ist gleichmäſsig gerötet, die Felderung der Epidermis sehr zierlich und ausgesprochen, die Hautfalten dagegen nicht so auffallend, wie im Gesicht. Im ganzen sind mit freiem Auge nur rötliche, ziemlich flache Papeln zu konstatieren, mit spärlichen Schuppen; unter der Lupe sieht man, daſs diese Papeln meist aus der Konfluenz von zwei oder drei kleinen, sehr derben Hornkegelchen entstanden sind; jedoch wiegt überall die Rötung so weit vor, daſs der Gesamteindruck der einer gleichmäſsig roten Fläche ist. Ganz anders ist das Bild im Nacken und hier zwischen die Schulterblätter herunter- und etwas auf die Fossae supraspinatae hinaufziehend. Auf einige Entfernung sieht die Haut wie regelmäſsig punktiert aus mit kleinen weiſslichen, stellenweise silberglänzenden, teilweise grauen, ineinander übergehenden, dicht zusammengerückten Pünktchen. Bei näherem Zusehen sieht man, daſs es sich um kleine harte Hervorragungen handelt, die alle einem Haarfollikel entsprechen. Alle diese kleinen Elemente sind vollkommen voneinander isoliert; die dazwischenliegende Haut, mit feinen Schüppchen bedeckt, schimmert rötlich durch. Wenn man mit der Hand über diese Partie streicht, so hat man das Gefühl einer harten Reibe. Gegen die gesunde Haut setzt diese Partie mit einem ganz leicht erhabenen rötlichen Rand ab. Jenseits dieses Randes sieht man noch einige von einem Schüppchenkegel eingescheidete Haare, die man auf der eben beschriebenen Fläche entweder als schwarze centrale Pünktchen der Epidermiskegel oder von denselben fest eingescheidet trifft. Weiterhin ist die Haut des Rückens, der vorderen Brustwand, des Abdomens vollständig normal. Nur auf der unteren seitlichen Bauchwand besteht eine ausgesprochene Cutis anserina, jedoch ohne zwischenliegende Rötung und ohne Schuppung. — In der Achselhöhle starke Erythrodermie, die ganze Haut besetzt mit ziemlich flachen, roten Papeln, nur an einigen Stellen kleine Epidermiskegel und wenig Abschuppung. — Von den Schultern und von der Achselhöhle aus breitet sich die Affektion gleichmäſsig über die oberen Extremitäten aus. Der ganze Oberarm und Vorderarm geben das Bild einer stark ausgesprochenen Cutis anserina, bestehend in blaſs rötlichen, stellenweise weiſslichen akuminierten Papeln; die ganze Haut ist diffus gerötet und überall mit feinsten, fest haftenden Schüppchen bedeckt. — Am Ellbogengelenk bilden die Papeln durch Konfluenz ziemlich groſse, unregelmäſsige, silberglänzende Plaques, die vollständig an Psoriasis erinnern; hier ist die Haut auch etwas mehr infiltriert, die Hautfalten sind stark hervorgehoben. In der Ellbogenbeuge ist der Zustand der Haut mehr ekzematös, gleichmäſsige, diffuse Rötung, wenige, ganz flache Papeln, die sich in der Farbe nicht von der Umgebung unterscheiden. — Am Handgelenk wird die Rötung tiefer; die Beugeseite ist sehr wenig afficiert, auf der Streckseite dagegen ist die Haut stark gefaltet, stark gerötet und kleienförmig abschuppend. Wenn man die Schuppen wegkratzt, zeigt sich nirgends Nässen. Auf dem Handrücken ist die Rötung und Schuppung ziemlich

diffus, die Hautfaltung weniger stark. Inselweise finden sich circumpilare Hornkegelchen, die stellenweise kleine konfluierte Plaques bilden. Sehr deutlich sind diese Kegelchen auf dem Dorsum der ersten Phalangen der Mittelfinger und der Daumen an beiden Händen. Im ganzen bietet der Handrücken den Anblick des grauen Granits. Die Fingernägel sehen so aus, als seien sie von der Seite zusammengedrückt; ihre Konvexität ist vergrößert, und man sieht, daß das Nagelbett verdickt ist und den Nagel in die Höhe gehoben hat. Die Nägel haben ihren Glanz verloren, sind schmutzig gelblich, längsgestreift.

Die Palmarflächen der Hände sind gleichmäßig verdickt, nicht abschuppend. Alle feinen Fältchen sind wie mit weißer Kreide nachgezogen. — Die Genitalien und unteren Extremitäten sind ganz frei. — Das einzige subjektive Symptom, das Patient angiebt, ist Spannung um die Augen und Empfindlichkeit der Fingerspitzen. — Anfänglich schien die Affektion wenig Tendenz zur Ausbreitung zu haben. Mitte Dezember jedoch zog sie sich rasch nach abwärts, überzog Rücken und Abdomen, die Genitalien, die Vorderseite und Innenseite der Oberschenkel, besonders stark Knie und Kniekehlen, die Waden, um sich gegen das Fußgelenk zu verlieren und den Fuß frei zu lassen. Im Januar 1890 war der Status folgender: Am Kopf, Gesicht und Ohren unverändert, nur haben sich auf der früher intakten Partie auf der Stirn leicht erhabene, rötliche, wenig schuppende, durch Konfluenz kleinster Papelchen entstandene lichenoide Plaques gebildet. Auf Rücken, oberem Teil der Brust und des Bauches, ebenso wie an den oberen Extremitäten ist das granitartige Aussehen ganz geschwunden, um einer reinen „Pityriasis rubra“ Platz zu machen. Gleichmäßige Rötung, scharfe Zeichnung aller Hautfalten, sehr reichliche, feine, weiße kleienartige Abschuppung. Hier leichtes Gefühl von Brennen, kein Jucken. An der Unterbauchgegend ist jeder Haarfollikel von einem feinen rötlichen, mit Schuppen bedeckten Kegel eingenommen, während die Haut im ganzen schwach gerötet ist. — Die Penishaut ist im ganzen gerötet, leicht geschwollen, mit Schuppen bedeckt; ebenso die Haut des Hodensackes. Die ganze Haut der Oberschenkel ist im Zustande der ausgesprochensten Cutis anserina mit weißgrau glänzenden Follikularkegeln auf rötlicher Haut aufsitzend bedeckt und fühlt sich für die darüberstreichende Hand wie ein hartes Reibeisen an. Am Knie sind durch Konfluenz entstanden, eins seitlich, eins auf der Kniescheibe, zwei ca. Fünfmarkstück große psoriasiforme Plaques. An den Unterschenkeln fehlt die Rötung fast ganz, die kleinen Hornkegelchen dagegen finden sich zahlreich. — Im März 1890 war fast am ganzen Körper mit Ausnahme der Unterschenkel und Füße der Zustand des Pityriasis rubra vorhanden. Nur auf den ersten Phalangen, hie und da am Unterschenkel und in der Unterbauchgegend kann man von einem Status pilaris sprechen. Der Kranke klagt jetzt über starkes Jucken abends. Er entzieht sich der Behandlung. Dieselbe hatte hauptsächlich in Darreichung von Arsenik bestanden, ohne daß ein Einfluß sichtbar wurde. — Im August 1890 sah ich Patienten wieder. Ich begann nun eine äußere Behandlung, die zunächst auch wirkungslos war. Teer, Pyrogallol, Bäder linderten wohl das Jucken, beeinflußten aber den Gesamtzustand nicht. Ende November verlor ich Patienten wieder aus den Augen, sah ihn dann im Januar wieder. Wir begannen abermals eine Pyrogallusbehandlung (10% Acid. pyrogallic. und 4% Acid. salicyl.). Diesmal — wohl durch Koincidenz mit spontanem Rückgang — verschwand die Affektion rasch; die Röte minderte sich, die Coni verschwanden oder flachten sich ab, die Schuppung ließ nach. Am längsten persistierte die Affektion an Händen und Gesicht. — Im Februar 1891 entzog sich Patient der weiteren Behandlung, ziemlich geheilt. Ich habe ihn seither nicht wiedergesehen. — Das Allgemeinbefinden war stets vorzüglich, nie Fieber; in der letzten Zeit geringe Abmagerung. Sämtliche Drüsen leicht geschwollen.

Fall 2. Spiro, 55 Jahre alt (Grieche).

Ist seit bald 3 Jahren in Beobachtung. Er giebt an, oft an Hauterkrankungen gelitten zu haben, schon als Kind, besonders seien die Affektionen an Kopf und Gesicht schon mehrmals gekommen und geschwunden. Als ich ihn Dezember 1889 zuerst sah, war die Erkrankung der Kopf- und Gesichtshaut fast gar nicht prononciert. Es bestand auf den Armen, Handrücken und besonders am Abdomen eine stark juckende Erythrodermie, mit feinen akuminirten, schuppenden Papeln besetzt. Ich schwankte damals und machte dementsprechend eine Notiz, ob es sich nicht um Lichen ruber acuminatus handle.

Nach einiger Zeit sah ich ihn wieder, ohne dafs die Affektion sich bedeutend ausgebreitet hätte. Erst im Juni 1890 stellte er sich mit einer ganz universell gewordenen „Pityriasis rubra" vor. Dieser Anfall währte bis Ende 1890; dann trat eine bedeutende Besserung ein, aber keine Heilung. Der Zustand des Kopfes und des Gesichtes, sowie der Hände blieb immer unbefriedigend. So sah ich Patient einige Male während des Jahres 1891. Er war stets in einem Zustande, der die Stellung der Diagnose „Pityriasis rubra pilaris" nur dann ermöglichte, wenn man den Kranken vorher beobachtet hatte. Dabei war der Gesamtzustand ein sehr guter. Patient ging seiner Arbeit nach und kam zur Beobachtung nur durch meine Nachstellungen. Anfang 1892 trat langsam eine Verschlimmerung ein, die im Juni-August ihren Höhepunkt erreicht hatte. Im Juli nahm ich folgenden Status auf (und liefs gleichzeitig sehr gut gelungene Photographien und ein Aquarell von dem Kranken anfertigen):

Kopfhaut: Die Kopfhaut, im vorderen Teile schon ziemlich kahl, zeigt eine seborrhoische Pityriasis, gleichmäfsige, dünne Schuppenlage. Dabei ist die Kopfhaut im hinteren Teile ganz blafs, gegen die Stirn zu aber rötlich gefärbt. Die noch vorhandenen Haare bleiben, zeigen keine Neigung zum Ausfallen, wachsen stark. Dasselbe gilt für Bart- und die übrigen Haare. An der Stirne, an der Stelle der Haargrenze, findet sich links eine Partie, wo bei wenig entwickelter Infiltration, wenig ausgesprochenem Hervorspringen der Hautfalten, Gruppen von kleinen Hornkegeln — richtige „Pilarisgruppen", aber ohne Haare, zu erkennen sind. Dieselben zeichnen sich hier viel mehr als „Niveaudifferenz", denn als „Farbendifferenz" ab. Der übrige Teil der Stirn erscheint infiltriert, die Hautfalten sind hervorquellend, die Furchen vertieft, die Haut tiefrot mit einem Stich ins gelbliche, mit fein lamellösen, aber doch zusammenhängenden, schmutzig silbergrauen Schuppen bedeckt; mit der Lupe erkennt man zahlreiche kleine Papelchen, von der Farbe der Haut, an deren Spitze feinste Schüppchen haften.[15] Die ganze Konfiguration durch das starke Hervorquellen der Hautfalten erinnert etwas an Leontiasis; die Haut sieht fast aus, wie in alten exfoliierenden Dermatitiden. Die Augenbrauen sind zum grofsen Teil erhalten; die Haut derselben zeigt eine sehr reichliche, feine kleienförmige Schuppenauflagerung. Die Lider sind stärker gefaltet, rot-schmutzig; auf ihnen lassen sich nur feinste Schüppchen, aber keine Papeln erkennen. Die Nase zeigt auf ebenfalls verdicktem, rotem Grunde zahlreiche Schüppchen, die dem Ganzen einen Ausdruck geben, als sei schmutziger Gips darauf gespritzt, oder die Oberfläche ähnelt der nicht geschliffenen Fläche grauen Granits. Die Gesichtshaut ist im gleichen Zustande, wie die der Stirn. Die Nasolabialfalte ist wie eine tiefe weifse Gipslinie, die sich von dem roten Grunde sehr charakteristisch abhebt. — Die unteren Augenlider sind ebenfalls stark gefaltet, gerötet, infiltriert, die Konjunktiven stark injiciert; es besteht leichtes Ektropium. Auf Stirn, Nase und Wangen zeigen sich kleine nässende Rhagaden,

---

[15] Auf der Photographie ist der papulöse Zustand fast deutlicher hervortretend, als in vivo.

Kratzeffekte. Die Ohren sind gleichmäfsig infiltriert, gerötet, mit zusammenhängenden feinsten Schüppchen bedeckt. Hals und Nackengegend sind ebenfalls schmutzig rot gefärbt. Während am vorderen Teile des Halses nur stärkere Fältelung der wie gefirnifst aussehenden, mit feinsten Schüppchen bedeckten Haut besteht, zeigt hinten Hals- und Nackenpartie ein chagriniertes Aussehen; auf allen kleinen vielgestaltigen Hautfelderchen erheben sich feinste, fast wie gefroren aussehende kleine schmutzig graue Hornkegel; einige zeigen eine centrale Delle, andere ein feines Härchen, andere sind wie mit einer Schuppe zugedeckt. Diese charakteristische Veränderung verliert sich ziemlich unvermittelt gegen den Rücken, mehr allmählich gegen die Schultern zu. Der Thorax zeigt folgendes Bild: Im ganzen ist hier die Rötung weit geringer; die Farbe ist ein schmutziges Braungelb, das an den Seiten des Thorax und besonders gegen die Achselhöhle einen schmutzig roten Ton hat. Am Thorax hat die Affektion entschieden etwas lichenartiges. Besonders auf und zwischen den Schulterblättern findet man flache, etwas dunkler pigmentierte Papeln, die, unter der Lupe gesehen, leicht erhaben und entweder ein dunkleres oder leicht gedelltes Centrum tragen. Die seitlichen Bauchpartien und die Unterbauchgegend — in der Farbe den oberen Partien entsprechend, nur noch etwas sepiaartiger — zeigen typische, sehr ausgesprochene Cutis anserina. Wenn man mit der Hand über den Thorax, den hinteren unteren Teil des Rückens und über das Abdomen streicht, hat man das Gefühl des Reibeisens. In den Achselhöhlen ist die Haut stark gerötet, glänzend, aber von feinen weifsen Linien durchzogen, die papillären Hervorragungen entsprechen. Die oberen Extremitäten sind durchaus gleichmäfsig, höchst charakteristisch ergriffen. Um das Ellbogengelenk herum am ausgesprochensten, aber von der Schulter bis zur Hand durchaus typisch, erheben sich, genau in der Linienrichtung der Follikel, dicht bei dicht, kleine, akuminierte, teils rötliche, teils blasse Hornkegelchen, mit einem feinen Härchen, in der Mitte, oder, was weit häufiger ist, die Härchen sind im Niveau des Kegelchens abgebrochen. Die zwischenliegende Haut ist infiltriert, gefeldert, rötlich schmutzig; manchmal sind mehrere Hornkegelchen nahe zusammengerückt und bilden kleine flache Papeln; kratzt man die Schuppe ab, so sieht man, dafs sie aus Einzelbildungen zusammengesetzt ist. Am Ellbogengelenk sind die Hautfalten prononcierter und solche zusammengetretene Papeln häufiger. Derselbe Zustand findet sich am Handgelenk und noch ausgesprochener am Handrücken. Gruppenweise sind noch deutliche Papelchen, akuminierte Hornkegelchen vorhanden, meist aber sind die stark hervorquellenden, glänzenden, wie gefirnifst aussehenden roten Hautfalten mit dünnen, ziemlich fest haftenden, den seborrhoischen ähnelnden Schüppchen bedeckt, ein Zustand, der eher als „ekzematös" zu bezeichnen wäre. Auf dem Rücken der ersten Phalange des Mittelfingers und Daumens der linken, fast sämtlicher ersten Phalangen der rechten Hand und stellenweise auch auf den übrigen Phalangen sind, genau den Haarfollikeln entsprechende, die Haare — wo sie ausnahmsweise erhalten sind — einscheidende Hornkegel. Die Nägel sind leicht emporgehoben, längsgestreift, bis zur Mitte glanzlos, schmutzig verfärbt. Patient ist sehr empfindlich in den Fingerspitzen. Die Handfläche zeigt Verdickung der Hornhaut, stellenweise eine lamellöse Abschuppung. Die Genitalien sind stark ergriffen. Die Haut des Penis ist im ganzen gerötet, infiltriert, schuppend; der Hodensack ebenfalls gerötet und gleichmäfsig infiltriert. Der gleiche Zustand wie an den Armen findet sich an den Beinen nur etwas spärlicher; die Aufsenseite des Oberschenkels, die Tibiakante, der Fufsrücken, sind wenig beteiligt stärker dagegen die Gegend ums Fufsgelenk. Im Gegensatz zu den Armen, wo fast sämtliche Haare fehlten, sind sie an der unteren Extremität vollständig erhalten und zeigen vermehrtes Wachstum. (Von der Haut

des Unterschenkels und Vorderarms wurden Stücke zur mikroskopischen Untersuchung entnommen.)

Die Fußnägel sind nicht beteiligt, dagegen die Fußsohle, die verdickt, rissig, abblätternd und beim Gehen sehr schmerzhaft ist. Patient klagt diesmal über starkes Jucken, und reichliche Kratzeffekte bestätigen seine Klagen. Durch die hierdurch veranlaßte Störung der Nachtruhe ist er etwas abgemagert, sonst ist aber das Allgemeinbefinden nicht gestört, Appetit gut. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, die inneren Organe sind gesund. — Sämtliche Drüsen geschwollen.

Vom Juli bis Ende Oktober habe ich den Patienten nun regelmäßig gesehen. Unter Teerbehandlung (Olei cadini 100 g, Acid. salicyl. 10 g, Amyli 50 g, Vaselini 100 g) ging die Abheilung diesmal auffallend rasch vor sich. Am 26. Oktober war der Status kurz folgender: Die Affektion ist überall deutlich im Rückgang. Im Gesicht besteht zwar noch die jetzt mehr violette Verfärbung, aber Schwellung und Schuppung haben sehr abgenommen. Innerhalb der noch kranken Partien sieht man auf der Stirn, rechten Wange und Nase schon fast normal gefärbte Bezirke. Am Thorax, Rücken, Armen und Beinen geht die Entfärbung und Glättung der Haut am schnellsten vor sich; wo die Rötung und Papelchen verschwinden, tritt bei leichter Pigmentierung das lichenoide Aussehen der Haut sehr hervor. — Außer im Gesicht ist die Rückbildung am langsamsten an den Händen, am Penis, an den Unterschenkeln und um die Fußgelenke; aber auch hier ist eine bedeutende Besserung unverkennbar. Das Jucken hat sehr abgenommen.

Außer den zwei länger beobachteten Fällen habe ich noch fünfmal Gelegenheit gehabt, sichere Fälle von Pityriasis rubra pilaris zu sehen.

Zwei von diesen Fällen, aus der letzten Zeit, will ich noch in extenso mitteilen. Die Krankheit hat etwas so außerordentlich Proteusartiges, daß man kaum zwei vollständig übereinstimmende Fälle findet.

Fall 3. Edwullah (Perser), 36 Jahre alt. 25. September 1892. Patient giebt an, seit ca. 40 Tagen krank zu sein, vorher nie an Hautaffektionen gelitten zu haben. — Beginn der Erkrankung auf dem Kopfe mit weißen Schuppen. Jucken. Vom Kopf verbreitete sich die Affektion über den Nacken, von da überzog sie den Körper, und zwar zuerst Brust und Rücken, dann die Extremitäten, und zwar besonders die Gelenkbeugen und die Hände.

Status am 12. Oktober. Die Kopfhaut ist mit einer dicken pityriasischen Schicht bedeckt; in den Augenbrauen, im Bart ebenfalls starke kleienförmige Abschuppung. Auf der Stirn sind die Hautfalten stärker hervorgehoben; mit bloßem Auge erscheinen die Falten wie leicht bestaubt, mit der Lupe erkennt man, daß es sich um zahlreiche, winzige, fest haftende, stets einer Follikelmündung entsprechende Schüppchen handelt; die Gebilde sind zu winzig, um ihnen die Bezeichnung Papel oder Hornkegel geben zu können. Die Konjunktiven sehen injiciert, gereizt aus; die unteren Augenlider sehen so aus, als sei der untere Ciliarrand stark geschwollen und dadurch leicht ektropioniert. Das Gesicht macht den Eindruck einer gleichmäßigen roten Schwellung mit stärkerem Hervorspringen der Falten. Schüppchen sind auf denselben nur sehr spärlich zu entdecken; nur in der Nasolabialfalte liegt ein weißer Strich wie feiner Puder. Die Ohren sind gerötet, leicht gedunsen und dicht mit feinsten Schüppchen bedeckt, besonders in der Fossa scaphoidea. Der Nacken ist sehr prägnant. Die Haut ist gelb-rötlich-braun, die Hautfalten aufs zierlichste gefeldert, und die Haarfollikel springen als leicht erhabene Kegel vor, entweder ein Haar, das normal erscheint oder einen Nabel in der Mitte zeigend, der einem abgebrochenen Haar entspricht. Dabei sind die Schüppchen nicht sehr zahlreich; nur an 5—6 Stellen zeigen sich wirkliche Hornkegel. Von hier teilt sich die Erkrankung in ihrer Aus-

breitung: Nach vorn zieht sie sich um den Hals herum, gleich charakteristisch und in derselben Art, steigt dann auf die Brust und speciell — was nicht gewöhnlich ist — auf das Brustbein herab. Auf der Brust hat die Affektion für das bloſse Auge einen durchaus lichenoiden Charakter, da zunächst eine Reihe prononcierter, rötlicher, glänzender, flacher Papeln von Hirsekorngröſse ins Auge fallen. Bei genauem Zusehen sieht man, daſs entsprechend den Follikeln kleine Kegel von Stecknadelspitze bis Stecknadelkopfgröſse bestehen, die zum Teil rötlich, blaſs rosa, zum Teil weiſsgelb sind, einen rötlichen Hof haben und unter der Lupe aussehen wie kleine weiſse Schuppenringe mit einem centralen dunkleren Pünktchen. Im ganzen bietet bei genauerem längeren Zusehen gerade die Brust ein sehr charakteristisches Bild. Alle kleinen Follikelkegel sind genau dem Verlauf der Hautfältchen und der Anordnung der Follikel entsprechend aufgestellt. Die überstreichende Hand hat das Gefühl eines Reibeisens. Von den Brustwarzen abwärts bis zwei Querfinger breit unter dem Nabel verschwindet die Affektion, je näher der Mittellinie, desto mehr. An den Seiten, von den Brustwarzen abwärts, der vorderen Axillarlinie sich nähernd, finden sich ganz vereinzelte, sehr typische Hornkegel. Gegen die seitliche Bauchgegend nimmt die Affektion wieder zu, um in einem Bogen die Unterbauchgegend und die seitlichen Teile zu umziehen. Hier steht die Affektion im Beginn: Cutis anserina, einzelne Schüppchen, im allgemeinen nur eine Prononcierung des Haarfollikels und beginnende Rötung an einigen wenigen Punkten zwischen und an den Follikeln. In den Achselhöhlen, Ellbogenbeugen sieht man zunächst eine gleichmäſsige, wie leicht bepuderte Rötung. Spannt man hier die Haut etwas an, so sieht man, gegen die Peripherie an Deutlichkeit zunehmend, daſs dieselbe mit dicht gereihten, rötlichen kleinen Follikelkegeln bedeckt ist, denen an der Spitze feinste Schüppchen anhaften. An den Armen ist im übrigen die Erkrankung nicht weit vorgeschritten. An der Aufsen-Radialseite des Vorderarms, von der Ellenbogengegend an bis zur Mitte des Vorderarms, finden sich, je mehr gegen die Peripherie zu, desto mehr verschwindend, vereinzelte Follikelkegel. Bis zum Handgelenk kommt dann eine vollständig intakte Partie. Dagegen sind Handgelenksgegend und Hände stärker beteiligt. Die Haut erscheint hier im ganzen gerötet, alle Falten und Linien sind stärker ausgesprochen. Besonders auf der Radialseite des Handrückens finden sich zahlreiche minimale, mit einem schmutzig bräunlichen Schüppchen bedeckte, den Follikeln entsprechende akuminierte Papeln. Stellenweise sind durch Konfluenz kleine Plaques wie flache Papeln entstanden. Wenn man die Schüppchen mit dem Nagel entfernt, so liegt darunter die glänzende, nicht nässende Haut. An einigen Stellen gelingt es, mit den Schüppchen kleine, nach abwärts gekehrte Kegel aus den nun weit geöffneten Follikelmündungen herauszuziehen. Auf dem Dorsum der ersten Phalangen, besonders des Mittel- und Ringfingers, sieht man regelmäſsig geordnet, genau den Follikelmündungen entsprechend, kleine rötliche Papelchen, die zum Teil ein Haar einscheiden und an der Spitze feine weiſse Schüppchen tragen. Die Haut der Handteller ist verdickt, die Furchen sind sehr scharf ausgeprägt und wie mit Gips bestreut; auſserdem finden sich, besonders an der rechten Hand in der Gegend des Daumenballens, kleine weiſs gelbliche Papeln, fast wie Clavi, die zum Teil in starker Schuppung begriffen sind. Die Nägel sind noch wenig getrübt, haben im unteren Teile ihren Glanz verloren und zeigen schmutzig gelbe Querstreifung. Auf dem Rücken hatte man vor 8 Tagen lauter einzelstehende rötliche Follikelkegel konstatieren können. Heute erscheint bei oberflächlichem Hinsehen die Mitte des Rückens, besonders zwischen den Schulterblättern und von der Seite her angesehen, wie ein groſser psoriatischer Fleck. Bei genauem Zusehen zeigt die ganze Fläche einen weiſsen, von rötlichen Linien durchzogenen Glanz; die ganze Fläche ist besetzt mit dicht zusammengerückten kleinen Kegelchen,

die zum Teil silberweiſs, mit einem dunklen Punkt in der Mitte, zum Teil rötliche akuminierte Papeln mit einem weiſsen Schüppchenrande sind. Gegen die Schulterblätter zu wird die Stellung der Epidermisperlen vereinzelter; man kann sofort mit unbewaffnetem Auge feststellen, daſs es sich um kleine, genau dem Verlauf der Richtungslinien folgende, regelmäſsig angeordnete Follikelerhebungen handelt. Beim Darüberstreichen hat man das typische Reibeisen-Gefühl. — An den unteren Extremitäten entwickelt sich die Affektion erst seit zehn Tagen. Sie hat zuerst die Kniekehlen befallen, die jetzt den gleichen Zustand darbieten, wie oben bei den Ellbogenbeugen beschrieben. Dann zieht sich ein sehr charakteristischer Streifen um die Vorderseite der Unterschenkel herum, während die Oberschenkel noch wenig beteiligt sind; nur auf ihrer Innenseite besteht eine ausgesprochene Cutis anserina. Dagegen sind die Stellen an den Unterschenkeln durch die gleichmäſsige Anhäufung kleiner weiſser Hornkegelchen, die fast alle noch ein langes Haar einscheiden, sehr auffallend. Wenn man die Haare auszieht, gelingt es zum Teil, einen kleinen, nach oben wie nach unten spitzen Horndoppelkegel mit herauszuziehen. Gegen die Mitte des Unterschenkels wird dann die Haut wieder normal, um auf dem Fuſsrücken einen mehr ekzematoiden Zustand anzunehmen. Die Haut ist im ganzen trocken, die Falten prononciert, die Linien wie mit Kalk ausgestreut und das Ganze fein schuppend. Auch unter der Lupe sieht man auf den zierlich scharf begrenzten Hautfeldern nur feinste, haftende, weiſse Schüppchen, aber keine prägnante Follikelerhebungen. Die Zehennägel, an und für sich etwas verkümmert, zeigen keine typischen Veränderungen. Die Fuſssohlen haben derbe, stellenweise lamellös schuppende Haut. — Subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden, auſser etwas Jucken abends. Drüsen sind nicht besonders geschwollen.

Fall 4. Sor, (spanische Jüdin), 40 Jahre alt. Die Affektion bei der sehr ängstlichen, stupiden Person soll vor 3 Jahren, nach dem Verschwinden der Menses an den Händen begonnen haben. Heilung ist nie eingetreten, wohl aber gröſsere Remissionen. Sie hat sehr unter dem starken Jucken zu leiden. Nach einer etwa ein halbes Jahr anhaltenden Besserung hat sie jetzt einen neuen Nachschub. (August 92.)

Status. (20. Oktober 1892.) Die Hände und Arme machen zunächst nur den Eindruck, als sei hier, besonders an den Händen, die Haut stärker gerötet und gerunzelt; an der Auſsenseite des Vorderarms besteht auſserdem ein leicht pityroider Zustand. Bei genauerer Untersuchung, besonders unter der Lupe, sieht man, daſs die feinen Hautfalten alle prononcierter sind, daſs die einzelnen, deutlicher hervortretenden Felder zum Theil — so z. B. am Vorderarm, an der Auſsenseite des Oberarms, sowie des Handrückens — mit blaſs roten, mäſsig glänzenden, abgeflachten, den Haarfollikeln entsprechenden Papeln von groſser Zierlichkeit besetzt sind. Auf den ersten Phalangen, besonders des Mittelfingers an beiden Händen und des Daumens an der linken Hand, sind freie, akuminierte, blaſs rötliche Papelchen, den Follikeln entsprechend, sehr regelmäſsig geordnet, die fast alle ein, als schwarzes Pünktchen kenntliches, abgebrochenes Haar einscheiden. — An der Auſsen- und Vorderseite des Vorderarms, sowie an der Auſsenseite des Oberarms sind die kleinen Coni mit feinen, fest anhaftenden Schüppchen bedeckt, die dem Ganzen ein pityroides Aussehen geben. Die Gelenkbeugen zeigen eine lebhaftere Rötung und sehr prononcierte, etwas gröſsere Papeln, als die Auſsenseite des Vorderarms. An den beiden oberen Extremitäten fehlen die Haare fast vollständig; nur ganz vereinzelt sind sie erhalten am Übergange der Streckseite in die Beugeseite des Vorderarms. Die Handteller zeigen zum Teil starke bogenförmige Abschuppung, zum Teil dicke Hornschwielen. Die Fingernägel sind in der Mitte vorgewölbt, in der unteren Hälfte glanzlos, mit Querstreifungen; auſserdem finden sich schmutzig gelbliche Längslinien. Beim Überstreichen über die oberen Extremitäten hat man

ein Gefühl, wie beim Bestreichen ganz feinen chagrinierten Leders. Der Kopf zeigt einen sehr mäfsigen Grad von Pityriasis, die Haare wachsen stärker, fallen nicht aus. Vor 4 Wochen bot das Gesicht den Anblick einer Pityriasis alba, ohne jegliche Rötung. Jetzt ist das Gesicht zart gerötet und sieht wie grob gepudert aus; unter der Lupe sind einzelne Follikelerhebungen nur auf der Stirn zu erkennen. Die Ohren dagegen sind stark gerötet, geschwollen und mit Schüppchen bedeckt, aber auch nach deren Entfernung tritt nirgends Nässen ein. Es besteht leichtes Ectropium an beiden Augen. An Hals und Nacken ist die Affektion sehr ausgesprochen. Zur Clavicula und zum Sternum, wie auf die Schulterblätter, aber hier abnehmend — und zwischen die Schulterblätter sich fortsetzend, ist die ganze Haut tiefer gerötet, mit feinen Schüppchen bedeckt. Derselben aufsitzend sieht man feine akuminierte, etwas blasser rote Papelchen, zum Teil kleine Hornkegel, silberglänzend, kalkartig, zum Teil durch Zusammentreten mehrerer kleine, platte, graue Schuppen bildend von Hirsekorngröfse. Die Haut scheint im ganzen stärker faltig und giebt der darüberstreichenden Hand ein Gefühl von härterer Chagrinierung, als an der oberen Extremität. — Thorax und Abdomen sind schmutzig gelb, fast sepiaartig gefärbt; die Farbe setzt sich auf der Brust, an der Aufsenseite der Pupille sehr scharf gegen den tief roten Farbenton ab, der sich von der Axilla her hier ausbreitet. Der pilare Zustand ist nur in der Unterbauchgegend stärker prononciert; im übrigen besteht nur andeutungsweise eine Cutis anserina auf der verfärbten Haut mit sehr spärlichen Schüppchen. — Von der Unterbauchgegend setzt sich die Affektion ohne Unterbrechung auf die unteren Extremitäten fort. Hier ist sie an der Innenseite der Oberschenkel, am Knie, und besonders Kniekehle, dann auf der äufseren Seite der Wade als Rötung, sehr regelmäfsig geordnete circumpilare rötliche, teils graue Papelchen und feine Schuppung auf den Papeln ausgesprochen. Besonders stark ist die Umgegend des Fufsgelenks und der Fufsrücken befallen. Am Fufsgelenk treten alle Follikel als deutlich vorspringende kleine Kegel, mit Schüppchenkegeln bedeckt, hervor; auf dem Fufsrücken sind sie gedrängt, zu ekzematoiden Platten vereinigt von schmutzig roter, schuppender Oberfläche; mit der Lupe läfst sich aber deutlich die Herkunft erkennen. Am Übergang der Haut des Fufsrückens in die Sohlenhaut und vereinzelt auf der Sohlenhaut sieht man genau rundliche, weifse, schuppende Stellen. Die Fufsnägel sind schon an und für sich verkümmert. Aufser auf dem Kopf ist der Haarwuchs überall sehr reduciert. Die Drüsen sind infiltriert, das Allgemeinbefinden sonst, aufser durch das Jucken, nicht beeinflufst.

Klinische Beschreibung der Pityriasis rubra pilaris.

Ein durchsichtiges Krankheitsbild der Pityriasis rubra pilaris zu geben, ist aufserordentlich schwer; sie ist in ihren Erscheinungen so proteusartig, dafs es kaum möglich ist, die Beschreibung derselben kurz zusammenzufassen. Der beste Beweis dafür ist die ausgezeichnete, aber umfangreiche Besnierssche Beschreibung; ein Ausdruck dieser Proteusnatur ist die Einleitung zum ersten Devergieschen Falle,[16] die wir deshalb hier anführen wollen:

Marie X., 16 ans, domestique, se présente à la consultation de l'hôpital St. Louis le 1er mars 1855, atteinte à la fois d'un psoriasis palmaire, d'un pityriasis du cuir chevelu et d'un pityriasis rubra de la figure et du cou. En même temps toutes les parties qui ne sont pas atteintes par le pityriasis

[16] Devergie. *Maladies de la peau.* 3ième édition. 1863. pag. 364.

sont couvertes d'une multitude de papules squameuses qui correspondent aux bulbes des poiles. . .

Die Hautaffektionen können in der That in verschiedenen Phasen an verschiedenen Teilen so verschiedene Bilder bieten, sie ändern sich am gleichen Falle zu verschiedenen Zeiten so sehr und sind in verschiedenen Fällen oft so ungleichmäfsig in den Vordergrund tretend, dafs einerseits eine auf alle Fälle passende Beschreibung sehr schwer, andererseits im konkreten Falle ohne längere Beobachtung die Stellung einer Diagnose unmöglich ist. Wenn wir z. B. heute den Fall II. (Spiro) vorstellen würden, von dem die Abbildungen in der Acme genommen sind, oder ihn jetzt zum erstenmal sehen würden, so würden wir um eine Diagnose in der gröfsten Verlegenheit sein. Die Pityriasis rubra pilaris ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Epidermis und ihrer Anhangsgebilde, charakterisiert der Hauptsache nach durch Hyperkeratose, Bildung von papelartigen Hornsubstanzanhäufungen um die Mündungen der Haarfollikel und der Schweifsdrüsenkanälchen, allgemeine Rötung der Hautdecken, Abschuppung und hochgradige Ausbildung der Hautfalten, jedoch ohne bedeutendere Infiltration der Haut in toto. Sie kommt anscheinend überall vor (Amerika, England, Norwegen, Deutschland, Frankreich, Österreich-Ungarn, Türkei), befällt Personen jeglichen Alters,[17] ist aufserordentlich chronisch, bietet in ihrer Chronicität, ihrem Bestehen, Verschwinden, Recidivieren und Verbreiten grofse Ähnlichkeit mit der Psoriasis (mit der sie wohl häufig verwechselt wurde), der sie auch in der Klassifikation nahesteht, heilt manchmal spontan, kann lokalisiert sein (aber meist symmetrisch), wird häufig universell, ist zeitweise ohne subjektive Symptome, zeitweise von unerträglichem Jucken und Stechen begleitet. Die Drüsen sind in länger bestehenden Fällen immer geschwollen. Im übrigen sind subjektiv und objektiv keine Komplikationen vorhanden. Die Krankheit besteht jahrelang, ohne den Allgemeinzustand zu beeinflussen, ist anscheinend von absolut günstiger Prognose quoad vitam. Ob sie in eine sekundäre maligne Dermatitis exfoliativa übergehen kann, ist nicht entschieden, an und für sich aber, nach Analogie der Psoriasis, nicht unwahrscheinlich. — Wir wollen nun die einzelnen Symptome auf der Haut durchgehen, dann Regionen nach beschreiben, welcher Art die Veränderungen sein können, und mit einem kurzen differential-diagnostischen Hinweis abschliefsen. Das zuerst klinisch sich ausbildende charakteristische Symptom sind die akuminierten, cirkumpilaren und an den Mündungen der Schweifsdrüsen gelegenen Erhabenheiten. Man hat Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, wenn man entweder einen Fall mit allen seinen auf- und absteigenden Wechseln lange beobachtet oder auf folgende

[17] Nach Besnier besonders Personen jugendlichen Alters. Zufällig waren meine Patienten alle in mittleren, resp. vorgeschritteneren Lebensjahren.

Weise. Wir finden Fälle, die schon länger bestehen, und bei denen wir zunächst nichts anderes wahrnehmen, als einen pityroiden Zustand, z. B. am Vorderarm. Wenn wir nun diese Stellen mit Fett, flüssigem Paraffin, bestreichen, so verliert sich der pityroide Anblick sofort; dafür treten massenhaft lichenoide, rötliche bis blau rötliche kleine Erhabenheiten hervor. Wir haben so z. B. bei Fall Sor (Jüdin) auf ganz gleichmäfsig kleinschuppigen Flächen bei der Vorstellung der Kranken stets diese Coni demonstrieren können. Die charakteristische Form derselben sind kleine, nie über stecknadelkopfgrofse, grauweifse, wie Kalktupfen aussehende Kegelchen, welche die Haare einscheiden; die Haare sind manchmal stark entwickelt, manchmal abgebrochen als schwarzes centrales Pünktchen zu erkennen; für das Gefühl sind Gruppen dieser Kegel sehr hart, beim Darüberstreichen geben sie das Gefühl einer Feile. Wenn man diese Kegelchen mit dem Haare herauszieht, so sieht man um das Haar einen kleinen Doppelkegel; das untere konische Ende desselben steckt im Follikel, und man sieht nach der Herausnahme deutlich die feine Öffnung desselben. An den Schweifsdrüsenmündungen, so besonders in der Handfläche, Fufssohle, dann in den Gelenkbeugen, sind die Kegelchen flacher. Besonders in den Handtellern trifft man die weifsen, runden, schuppenden Papeln, die sich in nichts von denen unterscheiden, die wir auch bei Lichen, bei chronischen Ekzemen, bei Psoriasis treffen. In den Gelenkbeugen sind die Papelchen sehr zahlreich und in frühen Entwickelungsperioden der Krankheit zu konstatieren. Sie sind immer noch akuminiert, aber doch nicht so scharf zugespitzt, wie z. B. auf den Streckseiten der Arme, auf den Phalangen etc. Hier sind sie auch meist mehr rötlich, gleichen mehr Lichenpapeln, als Hornkegeln; bei etwas stärkerem Schuppen und allgemeiner Rötung verschwinden sie hier für oberflächliche Beobachtung zuerst.

Bei weiterem Fortschreiten des Processes ändern die zuerst beschriebenen Hornkegel ihr Aussehen. Zum Teil werden sie schmutziger gefärbt und sehen graubraun aus. Sie werden breiter, manchmal höher, oder sie flachen sich ab, berühren sich und verschmelzen mit anderen Kegelchen. Dadurch verlieren sie ganz das Aussehen von Hornkegelchen, erscheinen als schmutzige Schüppchen von Linsengröfse oder gröfser; kratzt man sie mit dem Nagel ab, so kann man erkennen, dafs sie durch Konfluenz entstanden sind: man sieht die geöffneten Follikelmündungen. Treten sie in gröfserer Masse auf, so geben sie, besonders mit der weiter unten zu beschreibenden Rötung, Schuppung der übrigen Haut, ein Bild, das durchaus dem eines chronischen Ekzems gleicht; oder sie tragen, besonders an den Ellbogen, zur Bildung grofser psoriasiformer Plaques bei; oder, wenn die rötliche Farbe, die Abflachung und leichtere Schuppung zusammenkommen, bilden sie vollständig lichenoide Plaques.

Da die kleinen Papelchen an sich auch abschuppen, kleine Schüppchen an der Spitze tragen, so können ganze Strecken, wo solche mit Schüppchen bedeckte Papeln dicht gedrängt stehen, einen vollständigen Perlmutterglanz zeigen, den man, wie oben erwähnt, durch Aufstreichen von Fett sofort verschwinden machen kann, während plötzlich der papulöse Zustand der Affektion deutlich wird. Wieder an anderen Stellen tritt der pityriasische Zustand der Haut in den Vordergrund. Dann sieht man rötliche Papelchen wie mit einem Schuppenkranz umgeben. Die Pityriasis ist zu allen Zeiten der Krankheit vorhanden. Sie geht der Bildung der Papelchen eigentlich voraus, bildet aber dann noch kein Symptom, auf das hin man eine Diagnose stellen könnte. Wir finden eine starke, bis zu mehreren Millimetern dicke, feine schneeweifse Schuppenschicht auf dem Kopfe, in den Augenbrauen, im Barte, die schon lange bestanden haben kann, die sich in nichts von solchen pityroiden Zuständen unterscheidet, wie wir sie bei seborrhoischen Affektionen beobachten.

Die Schuppung kann manchmal ganz in den Vordergrund der Erscheinungen treten. Wir finden alle Unebenheiten der Haut in feinen Schuppenlinien wiedergegeben, an den Stellen der Follikelmündungen haften flache, weifse oder graue Schüppchen; das Gesicht ist schneeweifs von Schüppchen; die Oberfläche der Haut sieht, wenn die Schüppchen zum Teil eine etwas schmutzigere Farbe annehmen, unpoliertem, grauem Granit ähnlich. In anderen Fällen, und besonders (s. u.) an bestimmten Regionen, bilden sich gröfsere, schmutzig aussehende Schuppenplatten, die durchaus seborrhoischen und ekzematösen Schuppen gleichen. Wie schon erwähnt, geben sie an bestimmten Stellen, wenn sie glänzend sind, zusammen mit den konfluierten, schuppenbedeckten Papelchen ein Bild, das sich in nichts dem Äufseren nach von der Psoriasis unterscheidet. Eine lamellöse Abschuppung, die Besnier allerdings auch erwähnt, wie sie aber in sehr ausgesprochener Weise auf Neumanns Abbildungen dargestellt ist, habe ich nie beobachtet.

Das Symptom, welches sich wohl meist bei der Vorstellung eines entwickelten Falles zuerst in den Vordergrund drängt, ist die Rötung der Haut. Sie ist in schweren Fällen, mit Farbennuancen, auch fast das letzte Symptom, das schwindet. Beobachtet man aber ganz frische Fälle, oder hat man im Verlaufe mehrjähriger Beobachtung eines Falles Gelegenheit, die Krankheit in ihren verschiedenen Wellenlinien zu verfolgen, so sieht man, dafs die Hyperkeratose das erste Symptom ist. Zu Zeiten relativer Besserung habe ich die Rötung auch fast ganz schwinden sehen, während die Schuppen fortbestanden. Aber nach schweren Attacken bleibt sie, wie gesagt, bis zuletzt bestehen. Ist die fast immer symmetrische Hyperkeratose begrenzt, so sieht man häufig, auf den afficierten Flächen selbst, vor glänzenden Schuppen den

roten Grund nicht; dagegen setzen sich diese Flächen häufig mit einer ganz wenig erhabenen, breiten roten Zone gegen die noch verschonten Partien ab. Da, wo die allgemeine Pityriasis noch wenig ausgesprochen ist, sieht man die Follikelkegelchen häufig mit einem roten Hof umgeben. Beim Fortschreiten der Affektion tritt die Mitbeteiligung des Gefäfsnetzes immer mehr in den Vordergrund; wir sehen dann nur noch stellenweise wirkliche Hornkegel; im allgemeinen tritt die Rötung und eine leichte Schwellung der Haut mehr hervor. Gleichzeitig bilden sich die Hautfalten sehr prononciert aus; neben tiefen Faltenthälern, die vielfach wie mit Gips ausgestreut erscheinen, erheben sich starke Hautfalten, auf der Höhe häufig mit central haftenden Schuppen bedeckt. Dabei ist die Infiltration der Haut bei dem Untersuchen einer Hautfalte zwischen zwei Fingern durchaus nicht im Verhältnis zur Gröfse der Falte ausgesprochen; die Haut ist relativ weich und macht den Eindruck, als sei sie zu weit für die Unterlage. Die feineren Papillarlinien der Haut markieren sich auf den Falten und überhaupt auf der geröteten Haut mit gröfster Schärfe; die vielgestaltigen, mosaikartigen Felder lassen häufig mit grofser Deutlichkeit die kleinen circumpilaren Kegel erkennen. In begrenzteren, leichteren Fällen ist diese Hautinfiltration gering oder fehlt ganz. Wenn die Erscheinungen zurückgehen, verschwindet allmählich die Schuppung, die Hornkegelchen flachen sich ab, und man sieht nur noch längere Zeit, wie leicht pigmentierte Stellen zurückbleiben. In schwereren Fällen persistiert aber stellenweise Rötung und Schwellung, besonders an bestimmten Regionen, lange. Die Farbe geht hier in ein höchst eigentümliches, schmutziges Blaurot über, auf dem sich, immer abnehmend, noch hin und wieder gröfsere schmutzige Schuppen zeigen. (Nässen zeigt sich aber auch bei stärkerer Schwellung in keinem Falle, auch beim Wegkratzen dieser Schuppen nicht. Fissuren kommen hin und wieder vor, persistieren bei der Regression auffallend lange.) Die Haut im ganzen behält lange eine schmutzig blaurote Farbe; es schiefsen noch lange hin und wieder neue Kegelchen auf, aber ohne von Dauer zu sein. Die Haut wird weich, glatt, die Schuppung hört auf, nur das Dunkle in der Hautfärbung persistiert lange.

Wenn auch an allen Stellen des Körpers in den verschiedenen Fällen, und im gleichen Falle in verschiedenen Phasen alle eben beschriebenen Veränderungen eintreten können, so haben doch bestimmte Regionen eine Art Prädilektion für gewisse Formen. Wir wollen uns darauf beschränken, in unsere Beschreibung nur das hineinzubeziehen, was wir an unseren Fällen beobachten konnten; in Besniers Arbeit sind die Variationen noch weit zahlreicher. Die Krankheit hat eine entschiedene Tendenz, sich erstens symmetrisch, und zweitens von oben nach unten auszubreiten. Die Kopfhaut, häufig schon vorher im Zustande der Pityriasis, ist

wohl immer beteiligt (am wenigsten im Falle Sor), mit einer auffallend dicken, weifsen Schuppenschicht bedeckt, die beim Kratzen wie ein Schnee herunterfällt. Manchmal kommt es zur Bildung ausgedehnter, zusammenhängender Schuppenlagen, es sind aber nicht Krusten; bei der geringsten Berührung fallen sie in weifsen Staub auseinander. Das Gesicht ist in sehr verschiedener Weise afficiert. BESNIER stellt vier Typen auf: den type sébacéo-squameux ou plâtreux, den type ansérine ou xérodermique, den type rouge pilaire, den type mixte. Wir beobachteten einmal eine einfache Pityriasis alba des Gesichtes, feinste weifse Schüppchen auf blassem Grunde. In den anderen Fällen fand sich starke Rötung der sehr verbreiterten Hautfalten, auf deren Höhen sich stellenweise feinste weifse Schüppchen, stellenweise gröfsere zusammenhängende, wie seborrhoische Schuppen finden. Die Tiefen der Furchen sind sehr markiert, weifs ausgepudert. Das Gesicht bekommt durch die starke Wölbung der Falten etwas wie Leontiasis. Auf Tafel I. sieht man, besonders mit der Lupe, die starke Wölbung der Stirnfalten, der Falten über der Nase, der Nasolabialfalte. Aufserdem sieht man den leichten Grad von Ectropium an beiden Augen. Gerade in diesem Falle kann man aber auch konstatieren, dafs sich auf den Falten noch zahlreiche Epidermiskegelchen erhalten haben. In anderen Fällen bietet das Gesicht das typische Bild der Pityriasis rubra, feinste Schuppung auf glatter, glänzender Haut. Die Ohren sind immer beteiligt, rot, geschwollen, manchmal wie ekzematös, manchmal rein pityriasisch. Der äufsere Gehörgang ist ebenfalls, in allen Fällen fast, beteiligt. Es kommt dadurch zu Schwerhörigkeit. Der Hals ist entweder in dem Zustande der Cutis anserina, jedoch nur kurz und vorübergehend. Meist ist er gleichmäfsig gerötet, durch Prononcierung der feinen Hautfältchen zierlich gefeldert, mit papelartigen, abgeflachten Erhabenheiten bedeckt, mehr oder weniger geschuppt. Auf Nacken und Schulterhöhe finden sich die perlmutterartig glänzenden Felder am häufigsten; es ist wie eine Gebirgskarte in Hautrelief, ein kleines weifses Kegelchen, oft mit schwarzer Spitze, neben dem anderen. Im weiteren Verlauf wird dieser Charakter meist gewahrt, nur ebnet sich die Fläche etwas durch die massenhafte Schuppenbildung. Der Perlmutterglanz und die eigentümliche Kontinuität der feinen Schuppen, wenn man darüber kratzt, unterscheiden diese Stellen von der Psoriasis, sonst ähneln sie auffallend ausgedehnten Plaques dieser Affektion. An Thorax und Abdomen scheinen zwei Typen vorherrschend zu sein: entweder, zuletzt befallen, finden wir hier während der ganzen Dauer den Typus der Cutis anserina, sehr zierliche, den Follikelmündungen entsprechend geordnete, leicht rötliche, mit einem Schüppchen bedeckte Hornkegel; oder wir finden den Typus der Pityriasis rubra. Zuerst befallen sind die Partien in der Axillarlinie und seitliche Bauchwand. Diese setzen sich häufig in scharfer

Linie durch ihre dunklere Färbung von den später befallenen Teilen ab. An den Extremitäten finden wir nebeneinander in entwickelten Fällen mehrere Typen. Tafel II. und III. sind am gleichen Tage von der gleichen Extremität genommen. Am stärksten und typischsten ist die vordere äufsere Seite der Extremitäten befallen. An der oberen Extremität ist ein Punkt meist verschont, der vom Lichen ganz besonders bevorzugt ist: das ist die Haut über der Beugeseite des Handgelenks. Sonst finden wir kaum eine Stelle ausgespart. Überall ist die Haut wie zu weit, die Hautfalten und Fältchen sind sehr prononciert; auf jedem der deutlich markierten kleinen Felderchen ist ein harter Hornkegel, mit oder ohne Haar, manchmal schneeweifs, manchmal schmutzig grau; mit einer etwas flacheren, schmutzig braungrauen Schuppe bedeckt, oder eine gröfsere zusammenhängende Schuppe ist durch Konfluenz mehrerer entstanden. In den Gelenkbeugen der grofsen Gelenke und in den Achselhöhlen tritt der pilare Zustand zurück; die Infiltration der Hautfalten ist hier mehr in den Vordergrund tretend, die Rötung allgemeiner, das Aussehen der Oberfläche mehr dem eines trockenen lichenoiden Ekzems ähnlich. Eine besondere Besprechung verlangt die Hand. Während im Beginne hier der Zustand dem soeben am Arm beschriebenen gleicht, während in leichteren Fällen sie sogar — mit Ausnahme der Nägel — fast verschont sein können, sind sie später hochgradig, mehr nach Art des Gesichts verändert. Die Haut macht den Eindruck, besonders über der Streckseite des Handgelenks, viel zu weit zu sein, man kann sie mit den breiten, von tiefen Furchen umgebenen Falten noch in grofsen Falten aufheben; dabei sind aber wieder auf der Höhe der Falten alle feinsten Fältchen scharf gezeichnet (s. Fig. III.). Man mufs diese Verhältnisse auf der Photographie mit der Lupe studieren. Auf den Höhen der Falten finden sich nun noch einzelne Hornkegelchen oder gröfsere zusammenhängende schmutzige Schuppen. Am längsten und am charakteristischten und, wenn vorhanden, am leichtesten eine Diagnose gestattend, sind diese Hornkegelchen auf den ersten und manchmal auch zweiten Phalangen der Finger. Hier sehen sie manchmal wie kleine Gipstropfen aus. Diese Schüppchenbedeckung der roten gefältelten Haut kann so weit gehen, dafs die ganze Oberfläche verdeckt ist; da sich nun hier zum Teil die Schuppen rasch schmutzig färben, bietet der Handrücken darum den Anblick der rauhen Fläche von Granitbruch. An der unteren Extremität sind die Verhältnisse meist im Typus dieselben, nur weniger vorgeschritten. Hier lokalisiert sich die Affektion häufig an einzelnen Stellen: Aufsenseite des Oberschenkels, vordere Seite des Unterschenkels, um das Fufsgelenk. Handteller und Fufssohlen sind, erstere immer, letzere häufig, ebenfalls ergriffen. In unseren Fällen bestand Verdickung der Hornschicht, scharfe Zeichnung der Richtungslinien, die wie mit

weifsem Puder ausgefüllt erscheinen, dabei feine Papelchen mit weifser Schuppung; lamellöse Schuppung konnten wir nicht beobachten. An den Füfsen kam es in einem Falle zur Rhagadenbildung.

Die Geschlechtsteile können ebenfalls befallen sein. Der Hodensack bietet meist das Bild eines chronischen, schuppenden Ekzems mit starker Wölbung der Hautfalten; die Haut des Penis ist im ganzen gerötet und geschwollen, mit feinen Schüppchen bedeckt. Die Nägel zeigen sehr charakteristische Veränderungen, manchmal schon zu Beginn der Erscheinungen, manchmal erst im Verlauf der Erkrankung. Die untere Hälfte des Nagels erscheint getrübt, mit gelb gestreiften Längsfurchen bedeckt; der Nagel hat in der Mitte eine durch Hyperkeratisation des Nagelbettes veranlafste Vorwölbung, er sieht aus wie von den Seiten zusammengedrückt; er zeigt ein rapides Wachstum. Die Matrix zeigt keine pathologischen Veränderungen. Durch diese Veränderungen am Nagel ist wohl die eigentümliche Empfindlichkeit der Fingerspitzen zu erklären. Die Haare zeigen entweder starkes Wachstum, oder sie fallen aus; besonders die Haupt- und Barthaare wachsen manchmal ganz enorm und sind dabei dick, trocken und hart. Die Lanugohaare erreichen manchmal eine erstaunliche Länge und Stärke. Der Allgemeinzustand des Körpers während des Verlaufs der Erkrankung ist wenig oder gar nicht alteriert. Die einzige Klage, die man in den schwersten Fällen zu hören bekommt, ist ein Brennen, Stechen und ein starkes Jucken; durch dasselbe kann Schlaflosigkeit herbeigeführt werden, die den Allgemeinzustand natürlich etwas beeinflufst. Übrigens kann das Jucken in sehr entwickelten Fällen zeitweise verschwinden, ganz fehlen, in lokalisierten Fällen dagegen zeitweilig sehr heftig sein. Besonders scheinen die Genitalien Sitz des Juckens zu sein. So klagt z. B. eine fast geheilte Patientin nur noch über einen ganz unerträglichen Juckreiz der Geschlechtsteile. Die Krankheit hat in allen bis jetzt beobachteten Fällen jahrelang bestanden, ohne durch Erkrankungen innerer Organe, Albuminurie oder Lungenerkrankungen kompliciert zu werden. Mit dieser Affektion ist gewifs mancher, an derselben, soweit beobachtet, noch niemand gestorben. Aufser geringer, infolge der Schlaflosigkeit eingetretener, aber bei anhaltender Besserung schnell verschwindender Abmagerung vermochte ich bei meinen Patienten nichts Abnormes zu konstatieren. Mit Ausnahme der erwähnten Hyperästhesie der Fingerspitzen konnten Anomalien der Sensibilität nicht beobachtet werden. Die Schwerhörigkeit, die hin und wieder zu erwähnen ist, hat einen mechanischen Grund; nach Entfernung der Epithelmassen aus dem äufseren Gehörgang und nach Abnahme der Schwellung verschwindet dieses Symptom auch. Über die Dauer der einzelnen Anfälle läfst sich sehr schwer etwas Definitives sagen. Sie können lange unbedeutend

lokalisiert fortbestehen, um plötzlich universell zu werden; sie können jeder Therapie trotzen, um plötzlich spontan zu heilen; sie gehen zurück auf einen ganz geringen Grad, um so in infinitum fortzubestehen. Sicher ist, dafs schwerere Anfälle, oder besser Nachschübe, im günstigsten Falle mehrere Monate bestehen können. Die Krankheit ähnelt in diesem Punkte, aber mit Neigung nach der schlimmeren Seite, der Psoriasis.

Was die Therapie angeht, so ist sie dieselbe, wie die der Psoriasis. Es ist aber schwer, im einzelnen Falle zu sagen, wieviel von der Besserung auf unsere Behandlung, wie viel auf spontane Involution zu setzen ist, denn wir sehen die gleiche Behandlung am gleichen Individuum einmal ganz erfolglos durch lange Zeit fortgesetzt werden, während sie das andere Mal Wunder zu wirken scheint.

Wir schicken die Kranken regelmäfsig ins türkische Bad, wo durch das Frottieren schon sehr viel geleistet wird. Dann lassen wir Salben mit Teer oder auch wohl reinen Teer und eine Salbe von 10%iger Pyrogallussalbe in der Weise kombiniert verwenden, dafs der gröfsere Teil des Körpers mit der ersten Salbe, der kleinere mit Pyrogallol abwechselnd behandelt wird. Auch in den Fällen, in denen diese Behandlung den Krankheitsprocefs wenig zu beeinflussen scheint, schwindet das Jucken oder mindert sich, so dafs die Patienten schlafen können.

Differential-diagnostisch ist ein ausgebildeter Fall in seinem Emsemble mit keiner anderen Affektion zu verwechseln. In einzelnen Teilen kann die Affektion mit der Pityriasis rubra verwechselt werden; aber wenn wir dann andere Partien vollständig psoriatiform, andere lichenoid und wieder andere mit den typischen Erhabenheiten finden, besonders den Hornkegeln an den Phalangen, so müssen wir diese Diagnose, und in der Folge aus denselben Gründen Psoriasis und den universellen Lichen, fallen lassen. Lokalisiert kann diese Affektion viel eher Schwierigkeiten machen in der Diagnose, ja, wie gesagt, es kann zeitweilig fast unmöglich sein, ohne längere Beobachtung über eine mutmafsliche Diagnose hinauszukommen. Am wenigsten kommt hier Lichen in Betracht, viel eher chronische Ekzeme und Psoriasis. Hier ist das oben erwähnte Auftragen von Fett von grofser Bedeutung. Ein im Verschwinden begriffenes, oder wenig Erscheinungen machendes, kleinschuppiges, trockenes Ekzem wird unter Fett momentan fast verschwinden; nur eine geringe, für das Gefühl vorhandene Infiltration bleibt zurück; irgend regelmäfsige Elemente der Affektion sind nicht mehr zu sehen. Bei der Pityriasis rubra pilaris verschwinden die Schuppen, dafür treten aber die primären, jetzt rötlich erscheinenden peripilaren Erhabenheiten deutlich hervor. Diese unterscheiden die Pityriasis rubra pilaris auch deutlich von der Psoriasis, da sie stets an den Follikelmündungen sitzen. Aufserdem hat man nach Wegkratzen mit dem Nagel unter einer Schuppe von Pityriasis rubra

pilaris eine mit Hornschicht bedeckte, nicht rote, nicht blutende Fläche, auf der man Unebenheiten und manchmal die Öffnungen der Follikelmündungen erkennt. Die ganze Reihe der hierher gehörigen Affektionen: Ichthyosis, Keratosis pilaris etc. hier aufzuzählen, ist überflüssig. Nur ein sehr ungeübtes Auge könnte auf derartige Ideen verfallen.

Von gröfster Wichtigkeit dagegen ist die Differentialdiagnose zwischen Pityriasis rubra pilaris und dem Lichen neuroticus. Nicht so sehr, weil diese beiden Affektionen wirklich Grund und Gelegenheit geben könnten, als um einerseits zu beweisen, dafs F. Hebra unter seinem Lichen ruber wirklich Fälle von Lichen neuroticus gehabt hat, und andererseits dieser nichts gemein hat mit dem Lichen ruber accuminatus Kaposi.

Wie wir also schon bei der Differentialdiagnose des Lichen neuroticus gesagt haben, wollen wir der Differentialdiagnose dieser beiden Affektionen einen kurzen besonderen Abschnitt widmen.

VII. Anatomie des Lichen neuroticus.

Hartnack, Ok. 2, Obj. 4.

In Fig. 1 geben wir einen Schnitt durch ein von der seitlichen Bauchwand entnommenes Hautstück der Patientin in Fall I.

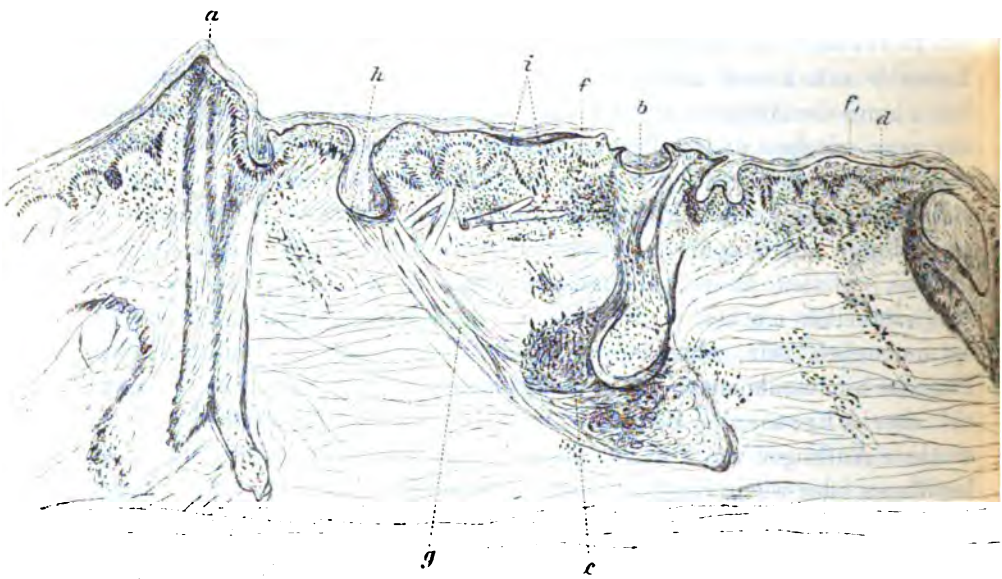


Fig. 1.

Zunächst und vor allem schicken wir voraus, dafs die anatomische Untersuchung durchaus bestätigt, dafs es sich beim Lichen neuroticus um wirklichen Lichen handelt. Die Anatomie weicht in nichts von dem des Lichen planus ab, was die pathologischen Veränderungen angeht, hat nur einiges Besondere, was auf Rechnung der Akuität des Prozesses zu setzen

ist und die akuminierte Form der Papeln erklärt. Ich bemerke, daſs unsere Figur nicht etwa aus mehreren Schnitten zusammengesetzt ist, sondern daſs wir das vorliegende Bild nach einem Schnitt angefertigt haben. Das Stück wurde so entnommen, daſs wir eine ganz frische akuminierte Papel nebst einigen schon etwas älteren, aber für das Auge nur wenig abgeflachten Papeln wählten.

Der eine Schnitt ist so gefallen, daſs wir bei *a* einen Haarfollikel vertikal gestreift haben, bei *b* vertikal fast mitten durch einen solchen hindurch gegangen sind und bei *c* einen dritten dicht an seiner Mündung oder in derselben fast horizontal getroffen haben. Und anscheinend haben wir damit zugleich drei Stadien getroffen. Bei *a* sehen wir eine frische, beginnende kleinzellige Infiltration, ausgesprochener in der subpapillären Lage der Cutis, beginnend in den Papillen. Merkwürdig ist die Mächtigkeit des Arrector bei *g* und die tiefe Einziehung der Epidermis an der Stelle seiner Insertion bei *h*. Vielleicht haben wir darin eine Folge zu sehen einer spastischen Kontraktur, die längere Zeit bestanden hat. Unna nimmt dieselbe an als Ursache für das Zustandekommen der akuminierten Form der Papeln. Bei *b* sehen wir eine reichlichere kleinzellige Infiltration. Hier sehen wir auch eine Verbreiterung der Papille, eine Verschmälerung geringen Grades der interpapillären Epithelialfortsätze, die alle aus ihrer Richtung gedrängt sind. Hier ist die kleinzellige Infiltration (*f*) am mächtigsten um ein bei *i* in die Papille eintretendes Gefäſs in der oberen, subpapillären Cutisschicht; aber auch in den Papillen ist sie schon bedeutend mächtiger, als bei *a*. Die Epidermis ist hier in ihrer Totalität schon etwas verschmälert. Die Gefäſse sind alle erweitert, stark gefüllt und zeigen in der Umgebung kleinzellige Infiltration. Bei *e* sehen wir auch kleinzellige Infiltration des um die Talgdrüse gelagerten Gewebes, während ein Teil der Drüse seitlich davon frei getroffen und ohne pathologische Veränderungen ist. In *c* endlich ist ein Haarbalg fast horizontal, fast an seiner Mündung getroffen. Wir finden aber kein Haar an demselben, dafür eine Lakune, die mit verhornten Epithelien fast vollständig ausgefüllt ist. Die kleinzellige Infiltration bei *f* ist hier am bedeutendsten, ebenfalls um ein Gefäſs herum Hier ist, bei *d*, die Verstreichung der Epithelialzapfen zwischen den Papillen und die Verschmälerung der Epidermis, so wie sie von Török beschrieben sind, am ausgesprochensten. — Während also bei *a* die kleinzellige Infiltration im Beginn ist und noch nicht mechanisch auf die Streckung der Epidermis hinwirkt, damit also die supponierte Kontraktion des Arrector nicht aufhebt, hat dieselbe bei *b* und *c* hingereicht, um einerseits die Wirkung dieser Kontraktion und damit die „Cutis anserina" aufzuheben, andererseits um es zur Bildung einer Vorwölbung, einer Hervorhebung der Epidermis im ganzen, im Bereiche der Infiltration kommen zu lassen. Damit ist dann die Bedingung für Abflachung der Papel gegeben, wenn auch dieselbe vielleicht, wie es die klinische Beobachtung zu zeigen erscheint, zunächst noch nicht plan ist. Eine Infiltration der Epidermis selbst ist nur sehr gering vorhanden bei *d*.

Bei starker Vergröſserung sieht die unterste, cylindrische Epidermislage wie platt gedrückt, bei *d* wie ausgefasert aus. Eine Verbreiterung des Stratum corneum ist in der ganzen Ausdehnung vorhanden. Die Zellen der Stachelschicht sehen an den am stärksten afficierten Stellen aus, als seien sie in horizontaler Richtung platt gedrückt, spindelförmig. Am wenigsten verändert ist das Stratum granulosum.

Den Einfluſs der durch Infiltration und Quellung verbreiterten Papillarschicht auf die interpapillären Epithelialfortsätze sieht man am deutlichsten seitlich vom Haarbalg *b*. Am weitesten nach links erscheint die Epidermis, wahrscheinlich durch

ödematöse Durchtränkung in der Stachelschicht, verbreitert, die Epithelialfortsätze seitlich verzogen gegen die Infiltration zu, die Papillen dagegen verbreitert und, je näher gegen die Infiltration hin, die Epidermis und die Epidermoidalfortsätze verflachend und komprimierend.

In den subpapillären Cutislagen finden sich aufserdem sehr zahlreiche Pigmentzellen, während in den untersten Schichten der Epidermis vermehrte Pigmentation nicht zu finden ist. Ohne auf diese augenblicklich akute Frage des näheren eingehen zu wollen, würde dieser Befund gegen eine Entstehung der Pigmentzellen in der Epidermis sprechen.

Wir haben es also hier mit einem in den oberen Cutisschichten beginnenden entzündlichen Prozefs zu thun. Entsprechend dem klinischen Bilde, finden wir zu Beginn der Affektion eine, wahrscheinlich auf krampfhafter Kontraktion der Arrektoren beruhende, kegelförmige Hervorwölbung der Epidermis um die Follikelmündungen. Mit der Zunahme der kleinzelligen Infiltration treten die Bedingungen ein, die zur Bildung der typischen Lichenpapel führen. Die Veränderungen des Epithels sind sekundärer Natur und zumeist auf mechanische Momente, Kompression durch die Papillen, seröse Durchtränkung, zurückzuführen. Die tiefe Pigmentation der Haut in der ganzen Ausdehnung der befallenen Partien erklärt sich aus der starken Füllung und Dilatation der Gefäfse und aus der massenhaften, auch in den nicht infiltrierten Partien der Cutis angetroffenen Pigmentzellen. Ausdrücklich hervorzuheben ist, dafs sich die Bildung der Papeln auch an Stellen verfolgen läfst, an denen ein Follikel oder ein Schweifsdrüsenausführungsgang nicht zu konstatieren ist.

1. Anatomie der Pityriasis rubra pilaris.

Es wurden drei Stücke excidiert, und zwar zu zwei verschiedenen Zeiten (von dem Kranken N.). Zwei Stückchen wurden zur Zeit der Acme des Processes an besonders charakteristischen Stellen — ein Stück am Vorderarm, ein Stück am Unterschenkel — excidiert. Ein Stück wurde zur Zeit, als der Procefs überall deutlich im Rückgang war, dem Vorderarm entnommen. Sämtliche Stücke wurden in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und mit Hämatoxylin oder mit Alaunkarmin gefärbt.

Die Zeichnung Fig. 2, Hartnack, Ok. 2, Obj. 4, entspricht einem Schnitt vom Vorderarm während der Acme des Processes. Das Hervortretendste, besonders in Vergleichung mit der Fig. 1 vom Lichen neuroticus, ist die enorme Verbreiterung der Epidermis im ganzen. Die Hornschicht ist mindestens verdoppelt bis verdreifacht gegen die Norm. Das Stratum granulosum ist stellenweise normal, stellenweise verschmälert, stellenweise ganz fehlend. Das Stratum mucosum ist enorm verbreitert. In den oberen Schichten sind die Zellkerne sehr wenig gefärbt, die Zellen sehen gequollen aus und zwischen ihnen erscheinen Zwischenräume, wie Saftlücken; stellenweise sehen sie so aus, als seien sie in bestimmter Richtung abgeplattet (bei *a* z. B.). Die tieferen Schichten sind dunkler gefärbt, die Zellen stehen näher aneinander, so dafs sie in der Basallage dicht gedrängt, abgeplattet, in den interpapillären Epithelzapfen wie ausgefasert erscheinen; hier enthalten sie reichliches Pigment, stellenweise

bis zur Verwischung der Zellkonturen. Die interpapillären Epidermoidalfortsätze sind verlängert, verbreitert, zum Teil sehr bedeutend (so z. B. bei *b*), die Papillen verschmälert, zum Teil fast geschwunden. In den oberen Schichten der Cutis treten die entzündlichen Erscheinungen in den Hintergrund. In der Umgegend der Papillargefäfse findet sich spärlich kleinzellige Infiltration, weiter in der Umgebung der Haarfollikel und manchmal auch in der Umgebung der Schweifsdrüsenkanälchen, aber auch hier wohl nur im Anschlufs an die Gefäfse der tieferen Cutisschichten. In der Umgebung (*f.*) ist die kleinzellige Infiltration ziemlich bedeutend; die Adventitia der er-

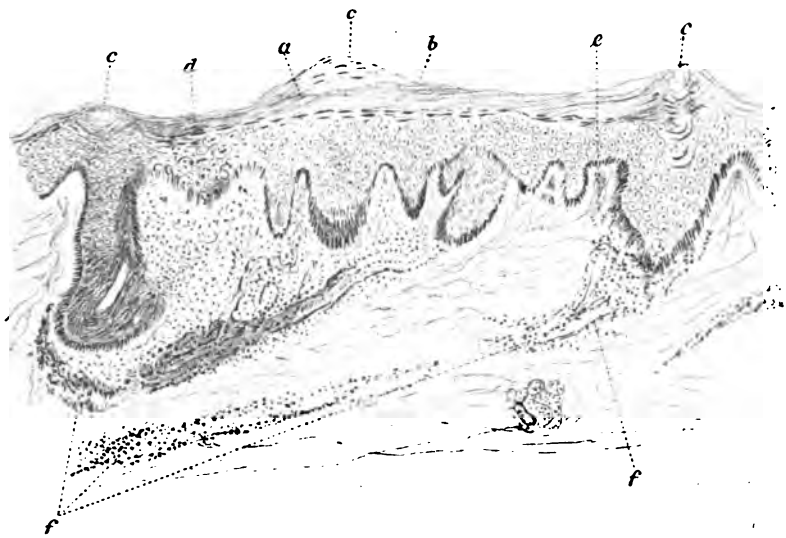


Fig. 2.

weiterten Arterien zeigt ebenfalls Infiltration. Die Einzelheiten der Epithelveränderungen, und besonders das Zustandekommen der Hornkegelchen, lassen sich am besten an der Figur 3 studieren, bei stärkerer Vergröfserung (Hartnack, Ok. 2, Obj. 7). Wir haben einen Haarfollikel mit Haar und Talgdrüse längs getroffen. (Im wesentlichen ist die Zeichnung nach einem Präparat gemacht.) Wir sehen zunächst, dafs der Hornkegel *a* sich konisch nach unten in den erweiterten Follikel fortsetzt und denselben auseinanderdrängt — man sieht das auf anderen Präparaten noch mächtiger, als auf dem vorliegenden. Man sieht weiter. aber sehr gut, zwei Punkte an diesem Präparat: einmal die Verbreiterung der Epithellagen der äufseren Wurzelscheide (*b*), die ganz allein bei der Bildung des Hornkegels beteiligt ist, und zweitens eben die Nichtbeteiligung der inneren Wurzelscheide (*c*) Die Epithelien des Stratum mucosum sind gequollen, zeigen Lücken zwischen sich; die Zellkonturen in den unteren Lagen sind manchmal aufserordentlich scharf und lassen eben hierdurch sehr deutlich diese, auf ödematöse Durchtränkung zurückzuführenden Lücken zwischen sich erkennen. Die Basalschicht zeigt die Zellen sehr gegeneinander abgeplattet, so dafs man stellenweise nur abgeplattete Kerne zu sehen meint; vermehrt wird dieser Eindruck durch die massenhafte Pigmentablagerung. Die Epithelien der darüberliegenden Schichten sind, je mehr gegen das Stratum corneum zu, desto mehr in vertikaler Richtung abgeflacht. Das Stratum granulosum fehlt oder ist sicher nirgends verbreitert. Eigentümliche

Veränderungen zeigen die Talgdrüsen,[18] Veränderungen, die auf tiefere funktionelle Störungen schliefsen lassen. Die Umgebung derselben ist zellig filtriert. Die Konturen der Drüsenzellen zeigen nicht die Schärfe, die Zellen nicht den Glanz und die scharfe Scheidung von den Kernen, wie wir es normal und z. B. auch bei den Schnitten des Lichen neuroticus finden. Die Kerne sind diffus gefärbt, nicht scharf, die Zellen selbst haben sich leicht tingiert, dagegen sind ihre Konturen verwischt. Besonders

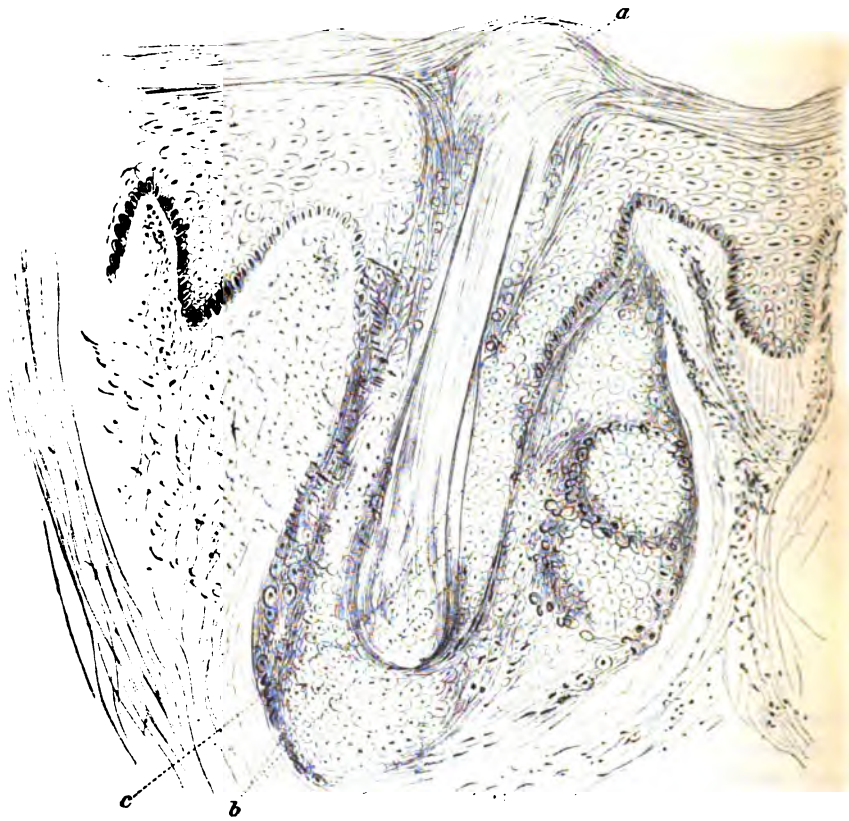


Fig. 3.

deutlich konnte das an Präparaten aus der regressiven Periode (s. u.) konstatiert werden; hier haben sich die Talgdrüsendurchschnitte fast gleichmäfsig, diffus leicht rötlich tingiert gezeigt bei der Färbung mit Alaunkarmin. Wir glauben, dafs es sich hier um eine frühzeitige fettige Degeneration der Drüsenzellen handelt, worauf auch Besnier in seiner Arbeit schon hinweist. Vielfältig sind auch die Schweifsdrüsen von dichter kleinzelliger Infiltration umgeben; dieselbe begleitet die Kanälchen bis ins Corium, nimmt aber in den oberen Schichten ab. Manchmal, wie schon erwähnt, fehlt dieselbe ganz. Den Talgdrüsenmündungen gegenüber finden wir ebenfalls grofse Hornperlen. Diese Hornperlen (dasselbe gilt beschränkt auch für die Hornperlen der Talgdrüsen, wo wir die gleiche Erscheinung weniger regelmäfsig

[18] Neumann giebt an, die Haarbalgdrüsen sind normal; über deren Inhalt läfst sich, da dieselben durch die Präparationsmethode verändert sind, nichts weiter angeben. — Von der Präparationsmethode ist leider nichts erwähnt.

fanden) färben sich in einzelnen Teilen leicht diffus rötlich; in den obersten Schichten derselben finden sich oft Epithelien, die denen des Stratum granulosum gleichen. Die Untersuchung solcher Hornkegel aus den Haar-Follikeln ergab nun, bei Behandlung mit Äther und Alkohol, dafs sie zum Teil aus verhornten Epithelien, von denen einige noch undeutliche Kernkonturen zeigen, zum Teil, und zwar zu einem recht bedeutenden Teil, aus Talgdrüsenzellen bestehen, die auffallend derbe Konturen haben.

Inwieweit die Gefäfsveränderungen in der Cutis primär oder sekundär am Procefs beteiligt sind, ist schwer zu entscheiden. Ich möchte glauben, dafs dieselben gleichzeitig mit dem Beginn der Erkrankung auftreten, denn das Erythem tritt sehr früh auf. Was NEUMANN unter „hyperämischen Gefäfsen" versteht, ist mir nicht klar.

Nach den gemachten Befunden möchte es doch wahrscheinlich erscheinen, dafs die Hautdrüsen eine aktivere Rolle bei dieser Erkrankung spielen. Die akuminierten, peripilaren Papeln sind das erste[19] der Erkrankung. — BESNIER betont das durchaus und mit Recht. Die Rötung ist das sekundäre, die Beteiligung der zwischen den Drüsenausführungsgängen gelegenen Epidermis ist ebenfalls sekundär.

Ein wesentlicher, grob anatomischer Unterschied zwischen den akuminierten Papeln des Lichen und den akuminierten circumpilaren Papeln der Pityriasis ist also der, dafs beim Lichen dieselbe von der durch Cutisinfiltration aufwärts gedrängten Epidermis in toto gebildet wird; bei der Pityriasis rubra besteht das Kegelchen lediglich aus den in excessiver Weise massenhaft verhornten Epithelien des Infundibulum und aus Drüsenepithelien.

2. Untersuchung des Processes in der Abnahme.

Die Vergleichung des Untersuchungsbefundes an einem dem Oberarm entnommenen Stück Haut, aus der Periode der Regression, mit dem eben mitgeteilten Resultat ist sehr instruktiv.

Stellenweise finden wir sehr lose aufliegende, in der Abstofsung begriffene dickere Schichten verhornten Epithels. Hie und da ist es zur Bildung von vesikelartigen Hohlräumen innerhalb der Epidermis gekommen. Sonst sind alle pathologischen Veränderungen in der Regression: die Verbreiterung der Epidermis im ganzen — mit Ausnahme der eben erwähnten Partien der Hornschicht — hat bedeutend abgenommen, das Stratum granulosum ist allerdings stellenweise noch nicht in normaler Weise vorhanden, dagegen ist das Stratum mucosum fast der Norm zugeführt: es ist schmäler, die Tingierung der Kerne ist deutlicher, die Pigmentation der Basalschicht ist fast vollkommen verschwunden. Die kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse, der Schweifsdrüsen, der Follikel ist entweder geschwunden oder auf ein Minimum zurückgegangen. Nur die diffuse Färbung der Talgdrüsen ist in diesen Präparaten fast noch ausgesprochener, als in den oben beschriebenen.

---

[19] RONA führt nach DEVERGIE noch an, dafs zu jener Zeit (1888) nach den Beschreibungen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis pilaris deshalb nicht identisch sein könnten, weil beim Lichen die Papeln primär, bei der Pityriasis sekundär seien. Dieses Moment würde also jetzt wegfallen.

Wir wollen nun zum Schluſs an der Hand der F. HEBRAschen I. Auflage Schritt für Schritt die von ihm gegebene Beschreibung des Lichen ruber durchgehen; dem stellen wir dann gegenüber, inwieweit seine Beschreibung auf den Lichen neuroticus, und nicht auf den Lichen ruber acuminatus KAPOSI seu Pityriasis rubra pilaris, paſst.

1. „Hat man Gelegenheit, einen beginnenden oder sich ausbreitenden Lichen ruber zu Gesicht zu bekommen, so wird man bemerken, daſs sich hirsekorngroſse, anfänglich getrennt stehende, mit dünnen Schüppchen bedeckte Knötchen zeigen, die wenig Jucken erregen."

Diese Beschreibung paſst sicher besser auf Lichen, als auf Pityriasis rubra pilaris (s. Lichen ruber acuminatus KAPOSI). Erstmals sind die primären Hornkegelchen bei Pityriasis rubra pilaris selten hirsekorngroſs, und zweitens paſst das: „**anfänglich getrennt stehende**" nur auf Lichen. Bei Pityriasis rubra pilaris sieht man nie Plaques; HEBRA würde wohl beschrieben haben, daſs die circumpilaren Kegelchen entweder in der allgemeinen Schwellung verschwinden, oder daſs man nach Wegnahme der Schuppe stets konstatieren kann, daſs die einzelnen Elemente **getrennt bleiben**. Besonders aber fehlt jede Bezeichnung, die auf die Berechtigung des Wortes „acuminiert" schlieſsen lieſse.

2. „Diese Knötchen bewahren ihre Gröſse während ihres ganzen Bestandes, ohne daſs ein peripheres Wachstum derselben stattfände."

Von dieser ganzen Beschreibung paſst fast jeder Zug auf Lichen, dagegen nur mit Zwang der eine oder andere auf Pityriasis rubra pilaris (s. L. r. ac. KAPOSI). Höchstens der erste Passus: Diese Knötchen bewahren u. s. w. — Die ausgebildeten Lichenpapeln zeigen aber in der That kein peripheres Wachstum; die Hornkegelchen bei P. r. pil. allerdings auch nicht.

3. „Die neuen Nachschübe entstehen entweder an vom Orte des Ausbruches entfernten Punkten oder auch wohl in den freigebliebenen Zwischenräumen zwischen den ersten, früher entwickelten Knötchen."

Weiterhin scheint HEBRA aber die akuten Nachschübe des Lichen neuroticus im Auge gehabt zu haben. Denn die Ausbreitung der Pityriasis rubra pilaris ist nicht so schubweise, an entfernten Punkten beginnend, sondern ganz typisch die Tendenz, von oben nach unten zu steigen. Weiter ist an den befallenen Partien kaum Platz zum „Entstehen neuer Knötchen" in den frei gebliebenen Zwischenräumen; höchstens am Rande eben befallener Partien. Dagegen paſst diese Art der Verbreitung vollkommen, Zug für Zug, auf den Lichen.

4. „Dadurch erscheinen allmählich die entwickelten Papulae immer dichter gesät, die zwischen denselben anfänglich bestandenen gröſseren Zwischenräume gesunder Hautstellen werden immer spärlicher, bis es endlich dahin kommt, daſs sich die Knötchen an der Peripherie berühren und so als eine zusammenhängende rote, infiltrierte, mit Schuppen bedeckte, verschieden groſse und verschieden gestaltete kranke Hautfläche erscheinen."

Hier beschreibt HEBRA deutlich und unverkennbar die Bildung

der Lichen-Plaques. Besonders aber der Passus: Zwischenräume gesunder Hautstellen werden spärlicher ist nur auf Lichen anwendbar. Bei Pityriasis rubra pilaris (s. Lichen ruber acuminatus KAPOSI) ist das Erkranken der zwischen den Kegeln gelegenen Hautpartien ja das wichtigste in die Augen springende Symptom!

Die Pityriasisknötchen bilden nie Plaques dadurch, dafs sie sich an der Peripherie berühren; entweder sie verschwinden, wie schon erwähnt, in der Schwellung der Haut, oder werden durch gröfsere Schuppen verbunden. Lichen-Papeln in Plaques dagegen bilden an und für sich selbst die zusammenhängende rote, infiltrierte Hautfläche. Auch die Epitheta „verschieden grofse, verschieden gestaltete" pafst nur auf die Lichen-Plaques; bei Pityriasis rubra pilaris ist die Erkrankung an den einzelnen Stellen, ehe sie ganz allgemein ist, so diffus, dafs man gar nicht Plaques beschreiben, sondern nur etwa von der „befallenen Hautfläche" reden kann.

5. „Das wiederholte Auftreten der eben beschriebenen Krankheitserscheinungen an solchen Stellen, die früher von dem Übel verschont geblieben waren, führt schliefslich dahin, dafs nach und nach ganze Körperregionen, endlich die Hautoberfläche in toto Sitz der Knötchen und der daraus hervorgegangenen Infiltrate wird, wodurch sich ein ganz eigentümliches Krankheitsbild entwickelt."

Hier liegen Berührungspunkte zwischen Lichen und Pityriasis rubra pilaris vor. Es wird verständlich, dafs HEBRA selbst vielleicht schon Fälle von Pityriasis rubra pilaris, die er noch nicht als aparte Krankheit erkannt hatte, mit in den universellen Lichen hineinbezog. Aber wieder der Passus: „die Hautoberfläche in toto Sitz der Knötchen und der daraus hervorgegangenen Infiltrate wird" pafst nicht auf Pityriasis rubra pilaris. Denn, wie gesagt, sind die Knötchen hier nicht als solche die Elemente, welche die Infiltration der Haut bedingen, sondern die nicht mit Knötchen besetzte Haut schwillt, beteiligt sich am Krankheitsprocefs — beim Lichen bleibt die nicht mit Knötchen besetzte Haut zumeist an der Infiltration unbeteiligt — aufser in schweren neuroticus-Fällen.

6. „Es erscheint nämlich die Haut allenthalben gerötet, mit zahlreichen, aber dünnen Schuppen bedeckt, verdickt (eine emporgehobene Hautfalte mifst wohl in ihrem Querdurchmesser mehr als das Doppelte einer normalen) und jede Bewegung der Muskeln erschwerend; insbesondere tritt letzteres an der Haut der Gelenksbeugen, zumal an den Händen und Füfsen, deutlich hervor, so dafs die Kranken nur mit Mühe im stande sind, ihre Extremitäten vollkommen gebeugt oder gestreckt zu erhalten und eine Mittellage zwischen Beugung und Streckung einzuhalten suchen. Die Verdickung der Haut erkennt man aber insbesondere an Flachhand, Plattfufs, Zehen und Fingern; letztere werden meistens voneinander abstehend, halbgebeugt gehalten und zeigen aufser der erwähnten Röte und Infiltration, entsprechend den Gelenksflächen der Phalangen, schmerzhafte Querrisse und Sprünge, welche oft bis in das Corium reichen, dadurch Blutungen veranlassen und demzufolge von schwarzen, queren Krusten umsäumt sind. Eine ähnliche Verunstaltung erleidet die Haut durch quere, von Rhagaden durchzogene Wülste an Hand- und Fufswurzelgelenken."

Hier sind wahrscheinlich Bilder sehr vorgeschrittener Pityriasis rubra pilaris und schweren Lichens vermischt. Während der erste Teil der Beschreibung mindestens besser auf Pityriasis rubra pilaris zu passen scheint, ist die Verdickung der Hautfalten auf das Doppelte schon nicht mehr dahin gehörig, paſst aber auf Lichen. Man ist nämlich erstaunt, wie dünn für das Gefühl die prononcierten Hautfalten bei Pityriasis rubra pilaris sind. Weiter aber: „besonders tritt das an der Haut der Gelenkbeugen, zumal an den Händen und Füſsen, deutlich hervor“ paſst nur auf schwere Lichenfälle, soweit es die Hand angeht. Denn selbst in den schwersten Pityriasis rubra-Fällen bleibt die Beugeseite des Handgelenks verschont. Bewegungsbehinderung an den groſsen Gelenken kann bei beiden Affektionen vorhanden sein. Die Beteiligung der Handfläche, Fuſssohle und der Finger kann bei beiden Affektionen Ähnlichkeit haben — ich habe sie aber nie so ausgesprochen zu Gesichte bekommen, wie HEBRA sie beschreibt.

Beim Lichen habe ich tiefe Rhagaden an der Beugeseite des Handgelenks gesehen, nie bei Pityriasis rubra pilaris. Dagegen finden sich bei beiden Affektionen Rhagaden an der Streckseite des Handgelenks.

7. a) „Die Nägel an den Fingern und Zehen sind bei allgemeiner Ausbreitung des Lichen ruber stets gleichfalls erkrankt und zwar erscheinen dieselben in dem einen Falle durch Verdickung der Nagelsubstanz vom Nagelbette aus mehr als um das Doppelte verdickt, an der Oberfläche uneben, sehr brüchig, so daſs sie nicht ihre gewöhnliche Länge erreichen, sondern früher abbrechen, bevor ihr Wachstum bis zu den Fingerspitzen gediehen ist; sie sind opak, von gelbbrauner Farbe;

„In dem einen Falle“ — die nun folgende Beschreibung paſst eher auf Pityriasis rubra pilaris — bis auf die Brüchigkeit der Nägel; die Nägel wachsen über ihre ungewöhnliche Länge äuſserst rasch hinaus.

b) während in einem anderen Falle ihr Wachstum einzig und allein von der Matrix unguis ausgeht, unter welchen Verhältnissen die Nagelsubstanz, da sie nicht gleichförmig vom Nagelbett aus entwickelt wird, bloſs eine dünne, vom Finger mehr oder weniger abstehende, leicht brüchige Hornplatte von lichterer Farbe darstellt.

Paſst durchaus nicht auf Pityriasis rubra pilaris; in nicht so schwerer Form dagegen konnte ich die Brüchigkeit, Verdünnung des Nagels verschiedentlich bei universellem Lichen beobachten.

c) Jedenfalls wird der Gebrauch der Finger und Zehen, sowohl durch die Infiltration in die Substanz der Haut, als auch durch diese Veränderungen der Nagelsubstanz wesentlich beeinträchtigt und somit das Gehen und Ergreifen von Gegenständen sehr erschwert.“

Paſst im groſsen und ganzen auf beide Affektionen.

8. „Die Kopf-, Scham- und Achselhaare bleiben bei diesem Leiden ganz verschont, und nur die anderen, am Stamme vorkommenden Haare sind nie stark entwickelt und bleiben als Wollhaare (Lanugo) auf einer geringeren Stufe ihres Wachstums stehen.“

Paſst nur für Lichen. Bei der Pityriasis rubra pilaris sind hier meist auffällige Veränderungen: Entweder die Haare fallen aus, besonders

in den stark afficierten Achselhöhlen, oder zeigen ein ganz excessives Wachstum.

9. „Eine so allgemeine Ausbreitung des Lichen ist nun allerdings mit einem sehr unangenehmen Jucken verbunden . . . .

10. „Das Allgemeinbefinden der mit diesem Lichen behafteten Individuen ist im Verhältnis zur Entwickelung des ganzen Leidens ein verschiedenes; denn, während im Beginne der Erkrankung, solange noch wenig papulöse Efflorescenzen oder nur einzelne infiltrierte Hautstellen vorhanden sind, die vegetative Sphäre gar nicht beeinträchtigt erscheint, alle Funktionen normal von statten gehen — weshalb auch das Übel anfänglich vernachlässigt zu werden pflegt —, nimmt mit Vermehrung der Menge der Efflorescenzen die Ernährung des Körpers sichtlich ab, und wenn auch noch der Appetit und der Schlaf des Kranken wenig oder keine Einbufse erlitten haben, so merkt man dennoch schon ein Schwinden des subkutanen Fettes, mit einem Worte, eine deutliche Abmagerung. Hat sich das Übel endlich der ganzen allgemeinen Decke bemächtigt, so liegt die Nutrition zwar anfänglich auch noch nicht ganz darnieder, wird aber von Tag zu Tag geringer, und der Kranke verfällt in einen sichtlichen Marasmus, infolgedessen er in den meisten Fällen zu Grunde geht."

Hier erklären wir uns inkompetent, bestimmte Schlüsse zu ziehen. Die Beschreibung pafst weder auf Pityriasis rubra pilaris, denn die längst beobachteten Fälle verliefen nie fatal. Noch pafst sie auf den Lichen universalis vollkommen, noch vollkommen auf den Lichen neuroticus. Denn bekanntlich ist schon bei universellem Lichen sehr früh das Allgemeinbefinden gestört, andererseits ist, auch ohne Behandlung, ein so schwerer Ausgang kaum beobachtet.

Für Lichen neuroticus pafst aber wieder nur die Beschreibung der Endstadien, während die Beschreibung der Anfangsstadien fehlt.

Aus der Zusammenstellung scheint uns hervorzugehen, dafs F. Hebra Fälle von Lichen universalis, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris, vielleicht auch von perniciösen anderen Hautaffektionen gesehen und nicht unterschieden hat. Der Mann, der so Grofses geleistet hat, wird dadurch gewifs nicht verkleinert, und wir werden gewifs noch vieles aus alten Gruppen mit der Zeit herausschälen, was wir heute zusammenfassen. Dafs F. Hebra aber hauptsächlich Lichen gesehen hat, wenig Pityriasis rubra pilaris, und besonders letztere nicht in der Entwickelung so genau beobachtet, wie Lichenfälle, scheint mir aus dem Fehlen wesentlicher Züge im Bilde der Pityriasis rubra pilaris hervorzugehen, auf die Hebra wahrscheinlich bei seiner grofsen Beobachtungsgabe aufmerksam geworden wäre: die Pityriasis capitis, die Leontiasis des Gesichts, die Veränderungen der Haare, die eigentümlichen, häufig persistierenden harten, Cutis anserina ähnlichen Partien an gewissen Körperstellen, die Verbreitung der Krankheit von oben nach unten; ferner ihren jahrelangen Bestand, ihr spontanes Verschwinden, ihre häufige Recidivierung, vor allem aber ihre fabelhafte Proteusnatur, die dem Lichen vollkommen abgeht. Im

allgemeinen paſst F. HEBRAS Beschreibung entweder auf schwere Universalis-Fälle, oder, da er doch sicher auch fatale Ausgänge dieser Erkrankung gesehen hat, auf Lichen neuroticus. Jedenfalls hat UNNA die Züge seines Lichen neuroticus im HEBRA gefunden.

Wenn wir nun aus der vorstehenden Arbeit unsere Schlufsfolgerungen ziehen, so glauben wir zu folgenden Sätzen berechtigt zu sein:

1. Die Pityriasis rubra pilaris, seu Lichen ruber acuminatus KAPOSI ist klinisch und anatomisch kein Lichen, sondern eine Krankheit sui generis. Das Verdienst ihrer Zusammenfassung, Beschreibung nach klinischer und anatomischer Seite gebührt der Schule des Hôpital St. Louis und besonders BESNIER.

2. Von der ersten Beschreibung von F. HEBRAS Lichen ruber passen nur sehr wenige Züge auf den Lichen ruber acuminatus KAPOSI, der nach des letzteren Erklärung identisch ist mit der Pityriasis rubra pilaris.

3. F. HEBRA hat
   a, Fälle von Lichen neuroticus gesehen, von dem wir viele Züge in seiner Beschreibung finden;
   b, Fälle von universellem Lichen gesehen; das geht aus der Verständigung mit WILSON hervor;
   c, Fälle von Pityriasis rubra pilaris — sonst hätte die spätere Konfusion nicht entstehen können.

4. KAPOSI hat später durch seine Trennung in planus und acuminatus die Konfundierung der Pityriasis rubra pilaris mit dem Lichen perfekt gemacht und dadurch das ursprüngliche Bild von F. HEBRAS Lichen ruber verwischt. Seine Beschreibung (im *Lehrbuch*) des Lichen ruber acuminatus paſst nur noch auf die Pityriasis rubra pilaris, mit Ausnahme der Prognose.

5. UNNA hat eine akute Lichenform beschrieben; da er darin wesentliche Züge der Beschreibung F. HEBRAS (in der I. Auflage) wiederfand, bezeichnete er diese Fälle als Lichen ruber acuminatus; Pityriasis rubra pilaris hat UNNA erst später in Paris kennen gelernt. Diese akute Form des Lichen, die neben dem universellen Lichen in HEBRAS Beschreibung begriffen ist, hat in ihrem klinischen Verlauf solche Eigentümlichkeiten, daſs sie als besondere Lichenform aufzuführen ist. Wir benennen sie nach UNNAS neuem Vorschlage (s. *Pariser Kongressverhandlungen* 1889) Lichen neuroticus.

IX. Litteratur.

Die kurze nachstehende Litteraturzusammenstellung enthält alles, was wir selbst einsehen konnten und was für die vorliegende Arbeit von Belang war. Für ein ausführliches Litteraturverzeichnis der reichen Litteratur bis 1889 verweisen wir auf die unten angeführte Ronasche Arbeit, die, wie in jeder Hinsicht, so auch in dieser umfassend und erschöpfend ist.

Hebra. *Akute Exantheme und Hautkrankheiten.* Erlangen. Ferd. Enke. 1860.

Erasm. Wilson. On lichen planus. *Journal of cutan. med. an diseases of the skin.* Vol. III. No. 10. Juli 1869.

Tilb. Fox. *Skin Diseases.* London 1873. pag. 144.

Unna. Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1884. No. 45.

Rona. Zur Lehre vom Lichen ruber. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. pag. 415. (Hier findet sich bis zum Jahre 1888 die gesamte Litteratur zusammengestellt. Für die Kritik der Frage des Lichen ruber acuminatus die umfassendste, klarste und wichtigste Arbeit.)

Brocq. Sur le lichen ruber et sur le pityriasis rubra pilaris. *Annal. de derm. et de syph.* 1886. pag. 597.

Unna. Sur la question du lichen. *Annal. de derm. et de syph.* 1886. pag. 593.

Richaud. Pityriasis pilaris. *Thèse de Paris.* 1877.

Brocq. La question du Lichen ruber en Amérique. Revue critique. *Annal. de derm. et de syph.* 1889. pag. 302.

Boeck (Caesar). Ein Fall von Pityriasis pilaris. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII. No. 3.

Besnier. Pityriasis rubra pilaris (Observations pour servir à l'histoire clinique du). *Annal. de derm. et de syph.* 1889. No. 4. pag. 254. (Enthält alles, was zur Frage der Pityriasis pilaris bis dahin publiciert ist).

Török. Zur Lichen-ruber-Frage (aus Unnas Klinik). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. IX. No. 3. pag. 115.

H. von Hebra. Über den Lichen ruber und sein Verhältnis zum Lichen planus, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X. No. 3.

Neumann, Über Lichen ruber acuminatus, planus und Pityriasis pilaris. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1892. Erstes Heft. pag. 3.

Ferner: *Die Verhandlungen des Pariser Kongresses.* 1889. Masson. Paris. — *Die Verhandlungen des internat. medicin. Kongresses.* Berlin. 1890.

Für kasuistische Beiträge s. die Verhandlg. der Wiener dermatol. Gesellschaft im *Archiv f. Derm. u. Syph.*

Die Séances hebdomadaires des médecins de l'hôpital St. Louis in *Ann. de derm. et de syph.*

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 7. Februar 1893.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

1. Herr Lassar stellte einen Knaben vor, der an den Händen anscheinend Kratzwunden hat; ähnliche Striemen und Streifen sind auch an der Stirn, an den Armen etc. Ursprünglich waren an Stelle der Striemen blasenartige Erhebungen der Haut vorhanden gewesen, die fast alle 14 Tage recidivieren. Sie heilen dann vollständig ab unter Zurücklassung von etwas Pigment. Es handelt sich also um einen Fall von **Erythema exsudativum bullosum**, eine gewisse Art vom Pemphigus.

2. Herr Lassar stellte ferner eine 24jährige Patientin mit **Lupus erythematodes** an 3 Stellen, und zwar, 1. an den Handflächen, 2. auf dem Kopfe mit Enthaarung und 3. in der Schleimhaut des Halses und am harten und weichen Gaumen vor. Es bestehen ferner bei der Patientin Störungen des Allgemeinbefindens und regelmäßige febrile Erscheinungen. Die Eigenartigkeit des Falles ist der Lupus auf der behaarten Kopfhaut mit Ausfall der Haare an den afficierten Stellen.

3. Herr Rosenthal stellt einen Studenten vor, der an der Spitze der Glans 2 Öffnungen, die untereinander liegen, zeigt. Es macht den Eindruck, als wenn die Urethra 2 Öffnungen hat, die obere Öffnung, die in einen circa 1 cm langen Gang führt, hat aber keine Kommunikation mit der eigentlichen Urethra. In dem Septum, das beide Gänge voneinander trennte, war eine dritte, weit kleinere Öffnung zu konstatieren. Der Patient litt an Gonorrhoe, die auch auf die Blindgänge übergegriffen hätte, so daſs das von Jadassohn, Touton etc. näher bezeichnete Krankheitsbild der **Paraurethritis** entstanden war.

4. Herr Rosenthal stellt ferner eine 29jährige Patientin vor, die seit 10 Jahren verheiratet ist, 3 mal geboren und dann 2 Aborte im 3. resp. 8. Monat durchgemacht hat. Im Jahre 1889 litt sie an einem infiltrierten Ulcus der Oberlippe und einem ähnlichen Geschwür der Unterlippe. Da die unter dem Kiefer liegenden Drüsen indolent vergröſsert, die Inguinaldrüsen nicht geschwollen waren, wurde das Ulcus der Oberlippe als der Primäraffekt angesehen. Im weiteren Verlaufe traten Roseola, stärkere allgemeine Drüsenanschwellung und Kopfschmerzen auf. 4 Injektionen von Hydrargyrum oxyd. flav. hatten keinen wesentlichen Einfluſs. Es zeigten sich im weiteren Verlaufe schuppende Papeln um die Mundwinkel und Augenlider und nässende Kondylome am Anus und an den Lippen. Nach innerlichem Gebrauch von Hydrargyrum oxyd. tann. und 5 Injektionen von Hydrargyrum oxyd. flav. besserten sich die Erscheinungen, und sie befand sich 3 Jahre lang auſserhalb Berlins. Im Januar 1892 trat sie auf kurze Zeit wieder in Behandlung. Zur Zeit bestehen bei ihr Psoriasis palmaris, charakteristische Papeln in der Fossa poplitea und auf den Labia majora, eine infiltrierte Plaque auf der rechten Seite der Nates. Seit einem halben Jahre bestehen ziehende Schmerzen in der linken Körperhälfte und eine Unsicherheit beim Gehen. Sie schwankt bei geschlossenen Augen, kann eine schnelle Umdrehung nicht ohne Störung ihres Gleichgewichtes ausführen. Ihr Gang ist als spastisch zu bezeichnen, da sie vorwiegend mit den Fuſsspitzen auftritt, die sie auch etwas nachschleift. Die Patellarsehnenreflexe sind erhöht. Sehr ausgesprochen ist der Fuſsclonus; es besteht ferner Parese des Sphincter vesicae und recti. Durch die

Behandlung (Hydrargyrum und Jodkalium) ist eine Besserung erzielt worden. Die Erscheinungen sprechen teils für Tabes, teils für eine Affektion der Seitenstränge. Anscheinend handelt es sich um einen **chronisch myelitischen Proceſs, der die Hinter- und Seitenstränge** befallen hat, und zwar den unteren Teil des Brust- und den oberen Teil des Lendenmarks.

5. Herr Richter stellt einen Knaben von 4 Jahren vor, der eine **Ichthyosis vulgaris** zeigt an den Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten. Jucken besteht nicht, hereditär ist der Knabe nicht belastet, die Affektion soll angeboren sein.

6. Herr Bruck demonstriert eine auf der Kopfhaut eines jungen Mädchens lokalisierte, durch die Bildung nässender papillomatöser Exkrescenzen charakteristische Affektion und bezeichnet sie als **Syphilis cutanea vegetans.** Die Exkrescenzen sind nach einer antisyphilitischen Behandlung zurückgegangen. Herr Lassar fragt, ob es möglich war, aus der papillären Wucherung die Diagnose auf Syphilis zu stellen, worauf Herr Bruck erwidert, daſs er nach Analogie von 3 Fällen, die ähnlich waren, den Schluſs gezogen hat, und auſserdem konnte die Diagnose aus der näheren Anamnese und aus den noch bestehenden Papeln an den Genitalien gestellt werden. Die Exkrescenzen zeigen übrigens eine annuläre Form.

7. Herr Bruck demonstriert ferner einen 40jährigen Mann, der seit 6 bis 7 Monaten an einer eigenartigen Affektion leidet. Die Haut zeigte bei der Aufnahme in die Klinik vor 3 Wochen an den Beugeseiten der Gelenke, dann aber auch am ganzen Körper ödematöse Anschwellung, Rötung mit tiefen Rhagaden. Am übrigen Körper besteht Rötung mit leichter Abschuppung. Der Proceſs hat am Halse begonnen und sich dann über den ganzen Körper verbreitet. Zuweilen kam es zur Abstoſsung ganzer Hautlamellen. An den Unterextremitäten ist die Färbung mehr livide. Die Drüsen sind alle geschwollen, selbst die Hautdrüsen der Brust. Dagegen besteht ein Schwund der Haare auf dem Kopf und an den Genitalien. Weder ein Knötchen noch Bläschen ist jemals vorhanden gewesen. Mäſsiges Jucken. Das Allgemeinbefinden hat erheblich gelitten. Was die Diagnose anbetrifft, so kann es sich entweder um ein chronisches Ekzem oder um **Pityriasis rubra** handeln; der Vortragende spricht sich für letztere aus, und zwar, weil der ganze Körper befallen ist und alle charakteristischen klinischen Symptome: Störung des Allgemeinbefindens, Schwund der Haare, Anschwellung aller Drüsen, welche man fühlen kann, bis Kirschkerngröſse, bestehen.

8. Herr Bruck zeigt dann ein junges Mädchen, bei dem zuerst der Nagel eines Daumens begonnen hatte, sich mit Schuppen zu bedecken, dick und undurchsichtig zu werden. Der verdickte Nagel war schlieſslich ausgefallen. Dann folgten alle nach. Die Krankheit hatte innerhalb 8—9 Monate alle Nägel der Finger und den Nagel einer Zehe ergriffen. Sekundär war es zu einer Rötung und leichten Abschuppung der Haut der Finger gekommen. B. hält die Affektion für eine **psoriatische Erkrankung der Nägel.** Herr Rosenthal möchte die Affektion für **Lupus erythematodes** erklären; es zeigen sich am Rande der Erkrankung kleine Grübchen.

9. Herr Saalfeld: **Über Ekzembehandlung.** Vortragender tritt für die feuchte Behandlung auch der akuten Ekzeme ein. Ihm haben sich besondere Umschläge einer frisch hergestellten Mischung von Bleiwasser und 3% Borsäurelösung bewährt. Er läſst die Umschläge alle 15 Minuten wechseln. Läſst sich die feuchte Behandlung nicht dauernd durchführen, so verwendet er indifferente Fette, in der Armenpraxis mit Vorliebe frisch ausgelassenes Schweinefett.

10. Herr Haller: **Purpura haemorrhagica mit Chorea-Nephritis.**

Im April 1892 trat die 14jährige Bertha J. in seine Behandlung. Das über ihre Jahre hinaus körperlich und geistig entwickelte Mädchen litt seit Beginn des Jahres

an einem Hautausschlag, der ohne Erfolg von dem Kassenarzt behandelt war. Die Patientin hatte als 3jähriges Kind Diphtheritis durchgemacht und wurde damals tracheotomiert. Als sie etwa 8 Jahre alt war, herrschte in dem von ihr bewohnten Hause eine Scharlachepidemie; sie selbst erkrankte, doch meinte der behandelnde Arzt, dafs der Ausschlag bei ihr nicht sehr zum Ausbruch gekommen wäre. Zur Zeit waren vor allem auf den Extremitäten kleine rote, auf Druck nicht erblassende Flecke zu konstatieren. Zweifellos handelte es sich um einen Fall von Purpura; mit Rücksicht auf die in den Gelenken lokalisierten Schmerzen wurde Purpura rheumatica diagnosticiert. Da sonst keine organische Erkrankung nachgewiesen wurde, schien die Prognose eine gute zu sein. Das Krankheitsbild änderte sich, als eine mehr aus principiellen Gründen, als auf eine bestimmte Indikation hin vorgenommene Harnuntersuchung Eiweifs nachwies. Die Darstellung des klinischen Krankheitsbildes ist insofern schwierig, als die Symptome der Purpura mit der Nephritis koincidierten und dadurch einander modificierten. Was zunächst die Blutungen anbetrifft, so traten die Purpuraflecke auf der Hand in einzelnen Scheiben auf. Es erscheint bemerkenswert, dafs 3mal zur Zeit der erwarteten Menstruation die Hautblutungen gewissermafsen vikariierend für die Menstrualblutungen auftraten. Im weiteren Krankheitsverlauf war die Hautblutung von der Menstruation unabhängig. Da auch die Molimina menstruationis fehlten, so darf man wohl annehmen, dafs die monatlichen Blutwallungen nicht mehr zu stande kamen. Die Hämorrhagien selbst waren von geringer Intensität. Von visceralen Blutungen wurde nur Epistaxis konstatiert, im Harn war nie Blut vorhanden, trotzdem müssen Blutungen stattgefunden haben, wie der später zu erwähnende Sektionsbefund ergab. Auf dem Augenhintergrunde rechts wurde von dem Kollegen Feilchenfeld eine mittelgrofse Hämorrhagie konstatiert. Höchstwahrscheinlich beruht auch die Chorea, die bei der Patientin während eines 3wöchentlichen Zeitraumes im Monat August beobachtet wurde, auf einer Blutung in den motorischen Centren der Hirnrinde und der konsekutiven Reizung derselben. Die Choreaerscheinungen — schleudernde Bewegungen der oberen Extremitäten, unsicherer Gang, Verzerrungen des Gesichts, psychische Depression, weinerliche Stimmung — waren aufserordentlich charakteristisch. Die Choreabewegungen waren auf die rechte Extremität beschränkt. Berücksichtigt man die Einseitigkeit der Affektion, die schnelle spontane Heilung, so ist die Annahme einer Blutung als Veranlassung der Chorea wohl nicht unberechtigt. Besonders wichtig erscheint die Blutuntersuchung. Die Zahl der Leukocyten war nicht vermehrt, die Zahl der roten anscheinend nicht vermindert. Auch die Form der roten Blutkörperchen zeigten nichts Auffallendes. Spietschka hat in einer gröfseren Arbeit mit Hülfe einer Doppelfärbung eine ganze Anzahl von Veränderungen der roten Blutkörperchen bei Purpura gefunden. Er erhitzte zu diesem Zwecke die Deckgläschen, auf denen das Blut in sehr dünner Schicht aufgestrichen war, auf 120°, legte sie dann auf 24 Stunden in Flemmingsche Lösung, entwässerte, färbte mit Aurantia-Alkohol, entfärbte mit Alkohol absolutus und tingierte schliefslich noch einmal mit Gentiana-Violett. Man kann mit der Methode 2 Substanzen, eine gelb und eine violett sich färbende, in den Erythrocyten nachweisen. Dem Vortragenden gelang es, dieselben Bilder nachzuweisen, doch ist der Einwand nur zu naheliegend, dafs es sich um Kunstprodukte handelt. Eine Zeit lang beschäftigten ihn kleine Körnchen, die er in allen Präparaten, meist in den roten Blutkörperchen liegend, fand. Diese Körnchen gleichen in ihrer Gröfse und Form ungefähr den Malarienplasmodien. Bei schärferer Einstellung des Mikroskops erscheinen sie braun gefärbt, bei anderen hell durchscheinend. Für Farbstoffniederschläge sind die Gebilde zu gleichartig. Obwohl er ähnliche Verunreinigungen nicht in anderen Präparaten gesehen hat, möchte er doch diesem Befunde zunächst keinen Wert bei

legen und nur für etwaige Nachuntersuchungen die Aufmerksamkeit auf sie lenken. Sehr ausgeprägt waren die im Gefolge der Purpura auftretenden Erkrankungen der serösen Häute. Die Gelenkschmerzen, die wohl von einer Exsudation oder Blutung in den Kapselbändern herrührten, waren aufserordentlich heftig, konnten jedoch in der ersten Zeit durch Antipyrin gemildert werden. Gegen das Ende des Lebens der Patientin, etwa Mitte November, traten aufserordentlich heftige Schmerzen in der Herzgegend auf, die durch Morphium kaum gemildert wurden. Die Sektion zeigte, dafs diese Schmerzen anatomische Ursachen hatten. Klinisch konnte kein diese Schmerzen erklärendes Moment nachgewiesen werden. Es fand sich zwar Vergröfserung des linken und vor allem rechten Herzens, nicht aber konnte eine Klappenerkrankung oder gar eine Pericarditis nachgewiesen werden. Auch Herr Geheimrat Gerhardt, der konsultativ die Patientin sah, schlofs sich dem negativen Befunde an. Die Vergröfserung des Herzens konnte klinisch in Zusammenhang mit der Nephritis gebracht werden. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Schrumpfniere. Dafür sprach der geringe Eiweifsgehalt, $^1/_2$—3‰, dafür sprachen die nur wenig ausgesprochenen Stauungserscheinungen, dafür sprach wahrscheinlich auch der 2. klappende Aortenton. Im centrifugierten Harnsediment wurden nur spärlich Formelemente, hyaline und Epithelcylinder, einige Rundzellen u. a. gefunden. Rote Blutkörperchen kamen nur ganz vereinzelt vor. Das spez. Gewicht betrug 1017—1023, also ziemlich hoch. Einen interessanten Belag für die zunehmende Niereninsufficienz gab eine beobachtete Antipyrinvergiftung. Gegen die Gelenkschmerzen war lange Zeit mit gutem Erfolge Antipyrin (1 g auf 1 Tag verteilt) gegeben worden. Im September wurde nach längerer Pause dieselbe Dosis verordnet. Am Abend desselben Tages war die Patientin sehr unruhig, hatte Zuckungen und war fieberhaft gerötet. Die Haut zeigte ein charakteristisches Exanthem. Als am folgenden Tage wieder 1 g Antipyrin gegeben wurde, traten dieselben Symptome ein. Die zunehmende Niereninsufficienz führte den Tod herbei, es kam zu mehr und mehr wachsenden Ödemen, Ascites, Hydrothorax. Anfangs December 1892 starb die kleine Patientin. Die auf Bauch und Brusthöhle beschränkte Sektion ergab starke fibrinöse Pericarditis, hochgradige Dilatation und Hypertrophie des rechten, geringe des linken Ventrikels. In der Milz fand sich ein Infarkt. Die Nieren zeigten parenchymatöse Trübung; die Rinde war nur wenig verschmälert; es bestanden nur wenig Anzeichen von Schrumpfung. Auffällig waren auf der rechten Niere 2 grofse schwarze, anscheinend von Blutungen herrührende Flecken. Mikroskopisch fanden sich neben parenchymatösen aufserordentlich starke interstitielle und zur Schrumpfung führende Prozesse. An einzelnen Stellen war das ganze Gesichtsfeld mit verödeten Glomerulis erfüllt. An der Stelle der schwarzen Flecke fand sich dunkles Pigment in kleinen Körnern und grofsen Schollen.

Schlufs der Januarsitzung:

Herr Posner: **Über kongenitale Penisfisteln.**

Die kongenitalen Penisfisteln, nicht zu verwechseln mit den Urethralfisteln, sind aufserordentlich selten. P. konnte aus der Litteratur nur 9 Fälle zusammenstellen. Bei dem vorgestellten operierten Patienten befand sich 3 mm oberhalb der normalen Harnröhrenmündung eine kleine Öffnung, die in einen 14,5 cm langen Gang führte. Die Fistel ist kongenital. Patient hatte eine frische Gonorrhoe acquiriert. Vielleicht sekundär wurde die Fistel inficiert. Da die Öffnung zu klein war, um medikamentöse Flüssigkeiten einspritzen zu lassen, die mechanisch reinigende Wirkung des Harnstrahles aber völlig fehlte, so heilte die Gonorrhoe nicht, was um so unangenehmer war, als der Patient aufserdem an linksseitigem Kryptorchidismus litt und die Fortleitung des gonorrhoischen Processes auf die Leistenhöhle die Gefahr der Peritonitis mit sich brachte. Es wurde deshalb die Radikaloperation beschlossen. Der Gang

wurde bis zur Symphyse gespalten. Da aber die Fistel sich noch 5 cm weiter fortsetzte, um schliefslich mit einer etwas geräumigen Ampulle zu enden, so wurden an der Symphyse ein Hautquerschnitt gemacht, die Ligamenta penis wurden frei gelegt, die Corpora cavernosa losgelöst. Die Ampulle wurde teilweise exstirpiert, teilweise mit dem Paquelin verschorft. Die recht blutige Operation dauerte 3 Stunden, die Heilung erfolgte ohne Zwischenfälle per secundam. Die Deutung der Mifsbildung ist schwierig. Jedenfalls kann man die Penisfistel nicht als Verdoppelung der Harnröhre auffassen. Es ist unverständlich, wie die 2. Harnröhre oberhalb der Corpora cavernosa penis liegen soll. Auch als Ausführungsgang einer Cowperschen Drüse kann die Penisfistel nicht gedeutet werden. Anatomisch besteht der Gang aus einer dicken Lage von geschichtetem Epithel, das in eine derbe Schicht glatter Muskelfasern eingebettet ist. P. glaubt, dafs die Penisfistel als eine kolossale Morgagnische Lakune aufzufassen ist, eine Anschauung, der auch Waldeyer beigetreten ist.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

IV. Jahresversammlung.

Sitzung vom 7. April 1893.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

In dieser Sitzung gelangten mehrere bakteriologische Abhandlungen zur Mitteilung, unter anderem die Arbeiten über den Favus, Arbeiten, welche die Leser der *„Monatshefte“* besonders interessieren dürften. Die eine derselben verdanken wir Bodin, die anderen Sabrazès. In dem Besnierschen Laboratorium werden die Untersuchungen über die parasitären Kopfkrankheiten von seinen beiden Assistenten, Bodin und Sabouraud, mit anerkennenswertem Eifer fortgesetzt. Sabouraud beschäftigt sich namentlich mit der Trichophytiasis, und seine Arbeiten über diesen Gegenstand sind ja hinlänglich bekannt. Bodin hat sich den Favus zu seinem besonderen Studium erwählt. Folgendes sind nun die ersten Ergebnisse seiner Untersuchungen:

E. Bodin: **Über den Favus des Menschen.** (Eigenbericht.)

Ich will über die Vielheit der Favusformen beim Menschen berichten und daran eine Betrachtung allgemeinerer Natur über den menschlichen Kopfgrind knüpfen.

Dafs es mehr als eine, dafs es sieben verschiedene Arten von Favus giebt, kann ich an 200 Kulturen, die von 19 Fällen aus der Besnierschen Poliklinik stammen, mit aller Sicherheit nachweisen.

Dieser Befund bestätigt vollauf die früheren Arbeiten von Quincke, Mégnin und Duclaux, Constantin und Sabrazès, Unna und Neebe, die alle verschiedene Formen beschrieben haben. Dadurch ist die Lehre von der Mehrheit der menschlichen Favusformen über allen Zweifel erhaben.

Die grofse Mannigfaltigkeit der Favusformen entspricht der Vielheit der Trichophytonarten, die uns Sabouraud erst jetzt kennen gelehrt hat. Man braucht ja auch bei der Trichophytiasis nur einige Fälle zu untersuchen, um mehrere, deutlich verschiedene Pilze zu erhalten.

Diese Mannigfaltigkeit der Pilzarten gegenüber dem verhältnismäfsig nur seltenen Vorkommen von Kopfgrind hat mich in Bezug auf den Favus zu derselben Schlufsfolgerung geführt, die Sabouraud in Bezug auf die Trichophytiasis ausgesprochen hat: dafs nämlich die Zahl aller Fälle von Kopfgrind („Teignes“ = Favus und Trichophytiasis [d. Übers.]) im Verhältnis zur Mannigfaltigkeit der Pilzformen viel zu gering ist, um die Annahme zu gestatten, dafs Übertragung die einzige Quelle der Krankheit sei.

Vielmehr ist es sehr wahrscheinlich, daſs diese menschlichen Parasiten im unabhängigen Zustand in der Natur vorkommen, und daſs ihre Impfung auf den Menschen, abgesehen von den zahlreichen Fällen der Ansteckung, ebenso zufällig geschieht, wie etwa die des Strahlenpilzes. Hat doch dieser Pilz auch sehr viele botanische Ähnlichkeit mit dem Achorion und Trichophyton.

Sabrazès: **Über eine durch den Favuspilz künstlich erzeugte Pseudotuberkulose.**

Das im Favuskörper wachsende Achorion-Schönleinii schickt manchmal Myceliumfäden bis in die Nachbarschaft der Gefäſse des Papillarkörpers. Ist damit nun die Möglichkeit einer Durchsetzung des ganzen Körpers mit Favuskeimen geschaffen? Beim Menschen ist eine Favusinfektion auſser der der Haut mit Sicherheit noch nicht beobachtet. Auch bei der Maus, auf deren Haut der Pilz schwere, tiefgreifende Störungen verursacht, ist von einer durch ihn bedingten Erkrankung der Brust- oder Baucheingeweide noch nichts bekannt. Mäuse, die mit Favusknötchen und Kulturen gefüttert wurden, sind gleichfalls noch nie an intestinellem Favus erkrankt.

Dagegen sind intravenöse und intraperitoneale Einspritzungen derartiger Kulturen von Erfolg begleitet gewesen. Die Tiere erkrankten unter tuberkulösen Erscheinungen.

In dem ersten Versuche wurde einem Kaninchen etwas weniger als 1 ccm einer Lösung der Sporen von Favusreinkultur in die linke Ohrvene gespritzt. Der Pilz stammte ursprünglich von einem Hunde, hatte dann aber erst auf einem Menschen schmarotzt. Einige Tropfen der Lösung wurden dem Tiere gleichzeitig in die vordere Augenkammer eingespritzt. Nach drei Tagen war das Kaninchen tot. Trotz der genauesten Untersuchung sämtlicher Organe fand man den Pilz aber nur in den Lungen; hier steckte er als strahlenförmiger Faden im Centrum miliarer Granulationen, die innerhalb der Gefäſse safsen. Das geimpfte Auge war voll kleiner Kolonien, die auf Agar-Agar, Kartoffeln u. s. w. gesät, den Pilz wieder in Reinkultur hervorbrachten.

Durch Einspritzung einer Sporenlösung der Reinkultur von Achorion-Schönleinii hat Sabrazès auch eine Pseudotuberkulose des Bauchfelles und durch intravenöse Einspritzung einer Reinkultur von Trichophyton eine Mycosis der Lungen erhalten.

Cazeneuve und Rollet-Lyon: **Eine neue Behandlung der Psoriasis.**

Die Firma Durand zu St. Fous, dicht bei Lyon, hat aus der Gallussäure ein Präparat hergestellt, das sie Gallanol nennt. Bei Tierversuchen hat dieses Gallanol weder Vergiftung noch Reizung verursacht, ebensowenig bei seiner Anwendung auf der Haut von Menschen. Auſserdem färbt das Gallanol weder die Haut noch die Wäsche. Es stellt ein weiſsgraues Salz dar, das sich leicht pulverisieren läſst, und löst sich in einer gröſseren Menge Alkohol. Es ist in flüssiger Form, als Salbe und als Traumaticin verwendbar. Das Gallanol hat also vor der Chrysophan- und Pyrogallussäure wesentliche Vorzüge. Nun haben aber Cazeneuve und Rollet mit demselben die nämlichen therapeutischen Erfolge, wie mit den genannten beiden Mitteln erzielt. Wenn also weitere Versuche ebensogünstig ausfallen, so hätten wir unseren Arzneischatz zur Bekämpfung der Hautkrankheiten wieder um ein wertvolles Mittel bereichert.

Moty (Val-de-Grâce-Paris): **Über den Verlauf, die Pathogenese und die Behandlung der Biskrabeule.**

Diese Krankheit ist in Asien und Afrika namentlich während der kühleren Jahreszeit sehr gewöhnlich und nimmt während des Sommers etwas ab.

Die Entzündung, die sich im Anfang häufig auf nur ein Geschwür beschränkt, besteht aus Pilzkolonien, die von einem Mittelpunkte aus sich weiterverbreiten, indem

sie dem Laufe der Lymphgefäfse folgen. Selten entsteht die Neubildung auf grofsen Wunden, sie nimmt vielmehr meistens ihren Ursprung von unbedeutenden Hautabschürfungen. Der Lichen tropicus scheint ihr als Eingangspforte für das Gesicht zu dienen.

In Biskra selber bleibt die Impfung mit dem von den Beulen stammenden, serösen Sekret gewöhnlich erfolglos. Sie gelingt erst, wenn man ein Stückchen Borke unter die Haut schiebt. In Frankreich sah Verfasser von den zu wiederholten Malen ausgeführten Impfungen mit Geschwürsteilen, die von Biskra herübergesandt waren, niemals einen Erfolg.

Nun genügt zwar der eine gelungene Fall von Überimpfung, um die parasitäre Natur des Leidens zu beweisen, und die Kulturen von Dépéret und Boinet, Duclaux, Vidal und Chantemesse scheinen diese Auffassung auch zu bestätigen. Indessen hat Verfasser sich selber mit dem specifischen Pilz zu vier verschiedenen Malen an vier verschiedenen Körperpunkten geimpft, ohne etwas anderes davonzutragen, als eine leichte Entzündung, die von selber nach 8 Tagen heilte. Die Frage harrt demnach noch ihrer völligen Lösung.

Die antiseptische Behandlung liefert gute Erfolge, was als ein weiterer Beweis für die parasitäre Natur des Leidens anzusehen ist. Nur mufs man zuvörderst alle Krusten so sorgfältig wie möglich entfernen; alsdann pudert man Kalomel auf, darüber ein Stück Tarlatan, das mit Liquor natrii chlorati befeuchtet ist, und das Ganze bedeckt man dann noch mit etwas Wachstaft oder Guttaperchapapier. — Bei leichteren und frischen Fällen genügt meistens ein Emplastrum de Vigo.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau.

Medicinische Sektion. Klinischer Abend vom 4. November 1892.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 5.)

Einen Fall von **Akromegalie** stellt Asmus vor. Das Fehlen der temporalen Gesichtsfeldhälften läfst einen Hypophysentumor annehmen.

Einen Fall von **multiplen Hautsarkomen** zeigt E. Martin. Bei der 40jährigen Patientin sind in den letzten 3—4 Jahren eine grofse Zahl von geschwulstartigen Bildungen entstanden. Es bestehen scheibenförmige Infiltrate, die einen roten Schimmer haben; eine halbkugelige, fünfmarkstückgrofse derbe Geschwulst mit glatter, glänzender, dunkelblauroter Haut, umgeben von einem Netzwerk feiner Gefäfse, sitzt am rechten Kieferwinkel. Am Halse, im Sulcus bicipitalis internus, in der Achselhöhle findet man geschwollene Drüsen. Keine Schmerzen; Gesundheitszustand normal, ebenso Blutbefund. — Es handelt sich wohl um multiple Hautsarkome, was auch die Untersuchung einer extirpierten Drüse wahrscheinlich machte.

Mikulicz ist geneigt, diese multiplen Hautsarkome von den eigentlichen Sarkomgeschwülsten zu trennen. Ihre regellose Verbreitung, unabhängig vom Blut- und Lymphstrom, läfst an eine Allgemeinerkrankung infektiöser Natur denken. Die Verlegenheitsdiagnose „Sarkome“ habe sich schon oft als solche erwiesen. Das Rhinosklerom sei früher als solches beschrieben, bei der von ihm beschriebenen symmetrischen Erkrankung von Thränen- und Speicheldrüsen sei auch eine sarkomartige Wucherung vorhanden, und doch handle es sich um keine echte Geschwulstbildung.

Neisser stellt einen Fall von **Mycosis fungoides** vor, in dem die allgemeine unregelmäfsige Verbreitung, das ekzematöse Vorstadium fehlen. Es sind nur Knoten auf der Streckseite des Metakarpo-, Phalangeal-, der Knie- und Ellbogengelenke vorhanden. Dieselben sind flach, bis markstückgrofs, rötlich, schuppend, sitzen in der

Cutis, sind verschieblich. Man findet sie teils einzeln, teils in Gruppen. Das Leiden begann bei der 30jährigen Patientin vor 2½ Jahren an den Unterschenkeln; vor 1½ Jahren traten am Ellbogen die Knoten auf, anfangs schmerzlos, später schmerzhaft. Mäfsiger Juckreiz ist zuweilen vorhanden. Verdünnte atrophische Hautstellen zeigen den Schwund von Knoten an. An der unteren Extremität treten unter Einfluſs der Abkühlung hellgelb-rötliche, ziegelfarbige, flache, weich elastische Papeln hervor, die bei der Erwärmung zurückgehen, weinrote, allmählich gelbbraun werdende Flecke zurücklassend. Es scheint sich um Blutaustritt zu handeln. Die Blutuntersuchung hat nichts Abnormes ergeben. Die Arsenbehandlung wirkt günstig.

Neisser zählt die Mycosis fungoides zu den infektiösen Granulationsgeschwülsten, nicht zu den Sarkomen (Kaposi) oder zur Lymphadenie. Zu der von Mikulicz angeregten Frage, betreffend die Stellung der Hautsarkome, bemerkt Neisser, daſs er eher an eine infektiöse Ätiologie der Sarkome, als der Carcinome glaube; bei letzteren — bei denen es sich wahrscheinlich um Psorospermien handelt — habe er niemals Parasiten nachweisen können. Die Urheber bei den Sarkomen seien wahrscheinlich unter den Bacillen zu suchen.

Herr Rast demonstriert einen Patienten mit **stark erweiterten, subkutanen Venen der vorderen Brust- und Bauchwand und Ödem der oberen Extremitäten.** Eine Verengerung des Truncus anonymus dexter durch einen Mediastinaltumor ist wahrscheinlich die Ursache. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gesellschaft der Ärzte in Budapest.

Sitzung vom 19. November 1892.

(*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 48.)

1. Docent Dr. Issai stellt einige Fälle von **Rachen- und Larynxsyphilis** vor. In zwei Fällen mit hochgradigen stenotischen Erscheinungen führten Injektionen mit 5%igen Sublimatlösungen nach Lukasiewicz schnelle Heilung herbei; unangenehme Nebenerscheinungen örtlicher oder allgemeiner Natur stellten sich nicht ein. In einem dritten Falle mufste tracheotomiert werden; darauf wurde dieselbe Behandlung mit demselben günstigen Erfolge eingeleitet. — Prof. Bokai empfiehlt im gegebenen Falle statt der Tracheotomie die Intubation zu machen. — Ostermaier berichtet über günstige Erfolge mit den starken Sublimatinjektionen.

3. Havas berichtet über die **extragenitale Infektion** eines Kindes an der rechten Gesichtshälfte.

4. Havas spricht über **Sarcoma idiopathicum multiplex cutis** und hebt die benigne Natur desselben, sowie die Heilwirkung des Arseniks hervor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten, von Rudolf Winternitz Aus dem Jahresbericht des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag für das Jahr 1891. (*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 44—50.) Aus dem Berichte über 313 Geschlechtskranke und 756 Hautkranke sei einiges Interessante hervorgehoben:

29jähriger Diener mit Gonorrhoe zeigt zwei bohnengroſse periurethrale Schwellungen zu Seiten des Frenulum und eine 5½ cm lange derbe Infiltration an der

Unterseite der Pars pendula, alle Schichten betreffend; Fluktuation; Incision; im Eiter der Schwellungen am Frenulum Gonokokken.

Ein Gonorrhoiker zeigte an der unteren Wand der Urethra zunächst der Wurzel eine bohnengroſse Schwellung; dieselbe trat wieder ein bei einer frischen Infektion.

Eine Mitralinsufficienz bei einem mit Gonorrhoea chronica Behafteten will Verfasser auf die Gonorrhoe zurückführen. (Da der Beweis des Zusammenhangs sich nur auf die Anamnese stützt, Herzfehler aber jahrelang vollkommen symptomlos verlaufen können, ist derselbe nicht als gültig anzuerkennen. D. Ref.) — Ein 36 Jahre alter Patient litt 17 Jahre nach der Infektion an sklerosierender Glossitis an der vorderen und später an der hinteren Zungenhälfte.

Eine starke Anschwellung der Lymphdrüsen über und unter der Clavicula bei einem mit Gummata behafteten Kranken, die zu einer erheblichen Schwellung des ganzen Armes führte, ging auf Jodkalium zurück.

Eingehend wird ein Fall von Acne e bromo beschrieben, bei dem sich Infiltrate ähnlich dem Erythema nodosum und schlappe Blasen bildeten. — Bei Intertrigo gab 1—2%ige Ichthyolsalbe oder -Liniment gute Erfolge. — Erysipel beeinfluſste 50%iges Ichthyollanolin günstig.

Ein Fall von allgemeinem Erythem bot die Möglichkeit der Verwechselung mit Scharlach. In zwei Fällen von Erythema nodosum lieſs sich eine 3—8 Tage vorhergegangene äuſsere Verletzung nachweisen. — Bei einem Fall von Herpes zoster bestand Anaesthesia dolorosa, bei einem anderen kam es zu umschriebener Gangrän und Bildung derber, pigmentierter, knotiger Infiltrate. — Verfasser befürwortet die Selbständigkeit der Impetigo Bockhart; aus den Impetigobläschen erhielt er stets eine Reinkultur von Staphylococcus aureus. — Zum Schluſs beschreibt der Verfasser eingehend einen Fall von gangränösem Panaritium. Der 28jährige Patient zeigte eine dextrokonvexe Skoliose, eine Verschmächtigung des rechten Arms, eine starre, gespannte, kalte Haut, multiple gangränescierende Panaritien. Die Rubricierung des Falles ist schwierig, da er nach Verfassers Ansicht nicht der Morvanschen oder Raynaudschen Krankheit und auch nicht der Sklerodaktylie zuzuzählen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Akne und Alopecia, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Detroit.* 1892. G. S. Davis. 73 S.) In dem vorliegenden zierlichen Büchlein stellt der Verfasser das Wesentlichste über Akne und Alopecie in einer klaren, gedrängten, praktischen Form zusammen.

Der I. Teil behandelt die Acne. Dieselbe wird unter zwei Gesichtspunkten betrachtet, einmal als das Resultat einer Störung der Talgdrüsensekretion und zweitens als das Produkt einer Hyperämie und Entzündung der Talgdrüsen und des periglandulären Gewebes. Darnach finden wir folgende Formen und Varietäten unterschieden:

A. Störungen der Talgdrüsensekretion.

1. Acne sebacea { oleosa, cerea, cornea } (Seborrhoea)
2. Acne punctata { nigra (Comedo), albida (Milium) }
3. Acne molluscum.

B. Hyperämie und Entzündung der Talgdrüsen und des periglandulären Gewebes.

1. Acne simplex.
2. Acne indurata.

3. Acne rosacea.

Die einzelnen Varietäten werden klinisch und differentiell-diagnostisch besprochen.

Unter Seborrhoea cerea versteht B. diejenige Form der Funktionsstörung der Talgdrüsen, welche charakterisiert ist durch schmierige, fettige Massen von gelblichen Schuppen und Krusten, die gewöhlich der Kopfhaut anhaften.

Bei der Seborrhoea cornea gewinnt das Sekret der Talgdrüsen eine hornige Konsistenz und kann Konkretionen von beträchtlicher Härte bilden. Dieselben haften an der Haut durch Talgpfröpfe, die bis in die Follikel hineinreichen. Wenn sie gewaltsam entfernt werden, so entsteht zuweilen eine leichte Blutung. Bei älteren Personen kann auf dem Boden solcher Konkretionen ein Epithelioma sich entwickeln.

Was die Ätiologie betrifft, so sind alle Formen der Talgdrüsenaffektionen auf eine mehr oder weniger herabgesetzte Vitalität des Körpers zurückzuführen. Diese kann wiederum in anderen krankhaften Zuständen, so namentlich des Verdauungstraktus, des Urogenitalsystems etc., ihre Ursache haben.

Bei der Behandlung wird man also die Beseitigung etwaiger solcher Ursachen als erste Aufgabe ansehen. Da es hauptsächlich Verdauungsstörungen sind, welche zur Akne, namentlich zu deren entzündlicher Form führen können, so wird man auf eine strenge Diät achten müssen; gewisse Speisen, die mit besonderer Vorliebe Acne hervorrufen, sind gänzlich zu verbieten. Vorübergehende und habituelle Obstipation ist mit den nötigen Medikamenten zu bekämpfen. Neben der allgemeinen und internen ist die externe, lokale Behandlung nicht zu vernachlässigen. Verfasser führt in folgendem die nach seiner Erfahrung besten Mittel an und schliefst den I. Teil seines Buches mit Bemerkungen, welche die Prognose der Akne betreffen.

Der II. Teil behandelt die Alopecie.

Allgemeine, die Physiologie und Pathologie der Haare betreffende Bemerkungen leiten diesen Teil ein. Die Alopecia kann entweder symptomatisch oder idiopathisch sein. Symptomatisch tritt sie nach langdauernden fieberhaften Krankheiten wie Typhus, Erysipel auf. Durch dieselben wird die Vitalität der Haare herabgesetzt oder vollständig vernichtet. Nicht selten kommt es dann zu totaler Kahlheit. Symptomatisch und wegen seines ganz eigentümlichen Aussehens beinahe pathognomonisch ist der Ausfall der Haare bei Syphilis. Verfasser bespricht dann die symptomatische Alopecie infolge von Parasiten, so bei Tinea tonsurans, Favus, ferner die Alopecia pityrodes bei Eccema seborrhoicum.

Idiopathisch ist die Alopecia senilis, die Alopecia praematura. In gewissem Sinne kann die erstere, ebenso wie das Ergrauen der Haare als ein physiologischer, mit der allgemeinen Abnahme der Körpervitalität einhergehender Proceſs angesehen werden. Die Alopecia praematura ist niemals eine rein lokale, von dem Zustande der Kopfhaut abhängige Krankheit. Die entfernteren Ursachen sind neurotischer oder nutritiver oder trophoneurotischer Art.

Alle diese Formen werden vom Verfasser, der auf eine reiche Erfahrung zurückblickt, klinisch, diagnostisch, differentiell-diagnostisch und therapeutisch in einer einfachen, klaren Ausdrucksweise eingehend besprochen.

Eine Anzahl der für die Therapie der Akne und Alopecie wichtigsten Receptformeln schliefst das Werkchen, dem auch ein Index beigefügt ist, würdig ab.

Das Büchlein enthält zahlreiche, sehr wertvolle, aus einer ausgedehnten Praxis geschöpfte Winke des namhaften Autors und wird mit Vergnügen und mit Nutzen gelesen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Hautanomalien bei inneren Krankheiten. *Klinische Vorträge f. Ärzte u. Studierende,* von S. Jessner. (Berlin 1893. August Hirschwald). Verfasser hat mit diesem hübschen Werkchen unzweifelhaft einen sehr glücklichen Griff gethan. Besitzen

wir über die Beziehungen der inneren Krankheiten zu anderen Specialdisciplinen (z. B. Augenkrankheiten) vorzügliche Monographien, so lag dieses Feld in der Dermatologie bis dato vollständig brach. Und mit Unrecht; ist doch die Haut in vielen Beziehungen als der Spiegel des Körpers zu betrachten, und eröffnet sich das Verständnis mancher Dermatosen erst bei gewissenhafter Berücksichtigung und Untersuchung des Gesamtorganismus.

Von einem so belesenen Forscher wie J. war eine vollkommen allseitige Beherrschung dieser Materie a priori zu erwarten, und wir haben uns nicht getäuscht. — In gedrängter Form giebt uns J. eine Übersicht über die Beziehungen der inneren Krankheiten zu Anomalien der Haut, in 12 Vorträgen, reich an beherzigenswerten Winken, neben manchem alten Bekannten auch manch neue interessante Beobachtung erwähnend, die uns im Strudel der medicinischen Tageslitteratur entgangen.

Als besonders gelungen erwähne die Kapitel über Krankheiten des Nervensystems, die J. ausführlicher mit besonderer Vorliebe behandelt zu haben scheint. Andere Kapitel, z. B. über Krankheiten der Verdauungsorgane, sind dafür etwas kurz ausgefallen, einiges gar nicht behandelt. Ich erinnere an die forensisch so wichtigen Veränderungen der Haut und ihrer Adnexa nach chronischen Vergiftungen mit Quecksilber, Blei, Arsen etc. (Gewerbekrankheiten), doch dürfte dies bei einer 2. Auflage, deren baldige Notwendigkeit wir von Herzen wünschen, nachzuholen sein.

Lobenswert scheint uns der kühle, reservierte Standpunkt, den Verfasser gegenüber neuen unbewiesenen Theorien einnimmt.

Das Buch füllt eine Lücke in unserer medicinischen Litteratur aus, und wir können dasselbe „Ärzten und Studierenden“ sowohl zur „Auffrischung als zum Studium“ aufrichtig empfehlen. *Heuſs-Zürich.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Vorläufige Mitteilung über die Innervation der Hautgefäſse, von P. Hasterlik und A. Biedl. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 4.) Morat hat nach langjähriger Opposition jetzt die Richtigkeit der Angaben von Steicker, daſs die Vasodilatatoren in den hinteren Rückenmarkswurzeln verlaufen, vollständig bestätigt. Die Verfasser haben bei einem Hunde die hinteren Ischiadicuswurzeln und auch einen vom unteren Teil des Bauchsympathicus zu demselben Ischiadicus abgehenden Ast dem Experimente unterworfen und gelangen zu dem Resultate, daſs in diesem Sympathicusaste nur Vasokonstriktoren, in den entsprechenden hinteren Wurzeln des Ischiadicus nur Vasodilatatoren nachzuweisen sind. Die im Nerven vereint verlaufenden, antagonistisch wirkenden Vasomotoren liegen also in den Ursprungsgebieten getrennt. — Bei zehn curarisierten Hunden konnten sie aufserdem achtmal durch Reizung der Ischiadikuswurzeln in den betreffenden Hinterpfoten Temperatursteigerungen von 1—10° Celsius erzeugen; zweimal war das Ergebnis ein negatives. Nähere Mitteilungen sollen folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Resorptionsfähigkeit der Haut, von W. Sobieranski. (*Nowiny Lekarskie.* 1893. No. 1. 2.) S. reibt bei Hunden und Kaninchen täglich einige Wochen lang reine Vaseline in die Bauchhaut. Die Einreibung wird ganz leicht mit der Finger-

kuppe ausgeführt; ein event. Ablecken wird sorgfältig verhindert. S. extrahierte dann die Vaseline aus den Muskeln, Eingeweiden und Exkrementen. In den Muskeln wurde fast regelmäfsig Vaseline gefunden (circa 1,50—2,0), in den Eingeweiden und Exkrementen blofs Spuren. *Funk-Warschau.*

Über die Summation von Hautreizen, von GAD und GOLDSCHEIDER. (*Zeitschrift f. klin. Med.* Bd. 20. No. 4—6. nach *Centrabl. f. klin. Med.* 1893. No. 5.)

Das Phänomen der sekundären Empfindung besteht darin, dafs ein gegebener Reiz von abgegrenzter Intensität und Dauer zwei durch ein leeres Intervall getrennte Empfindungen erzeugt, Ein einzelner Öffnungsschlag bei elektrischer Reizung ruft das Phänomen nicht hervor, wohl aber eine Reihe solcher Reize. Genauere Untersuchungen der Verfasser über die Relation zwischen Reizzahl und Intervall bei mechanischer und elektrischer Reizung gaben das Resultat, dafs mit wachsendem Intervall die Anzahl der zur Deutlichkeit der sekundären Empfindung erforderlichen Einzelreize abnimmt; mit abnehmendem Intervall mufs die Reizzahl wachsen. Zur Hervorbringung der sekundären Empfindung ist die mittlere Reizstärke am zweckmäfsigsten. — Verfasser fassen die sekundäre Empfindung als Summationsorgan (?) auf; die Reize werden vielleicht in den Rückenmarkszellen aufgespeichert. Der in den Zellen sich abspielende Vorgang der Aufspeicherung und Entladung bedarf einer nicht unbedeutenden und ziemlich konstanten Zeit, die unabhängig ist von der Zahl der Reize und der Dauer ihrer Einwirkung, wenn nicht eine Grenze überschritten wird. Die mechanischen Hautreize entsprechen stets einer Reihe von Reizen. Die sekundäre Schmerzempfindung NAUNYNS ist auf die sekundäre Empfindung, ihr physiologisches Prototyp, zurückzuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verteilung der Blutgefäfse in der Haut, von WERNER SPALTEHOLZ. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.* Anat. Abteil. 1893.) Seine schon im 3. deutschen Dermatologischen Kongrefs in Leipzig 1891 kurz veröffentlichten Untersuchungen: Über die Blutgefäfse der Haut (s. *Verhandl. d. deutsch. Dermat. Ges.* S. 109) hat Verfasser seither fortgesetzt und kommt auf Grund seiner sehr sorgfältig ausgeführten Injektionspräparate zu folgenden, teilweise mit unseren bisherigen Anschauungen im Widerspruch stehenden Resultate (beim Menschen):

Die aus der Tiefe aufsteigenden Hautarterien, welche an Zahl (und teilweise auch an Durchmesser) dem auf ihnen lastenden Druck proportional sind (an Glutäalgegend, Palma, Planta sind sie am zahlreichsten) bilden ein kutanes und ein subpapilläres Netz mit reichlichen Anastomosen. Erst die aus dem subpapillaren Netz senkrecht zu den Papillen aufstrebenden Stämmchen verlaufen ohne Anastomose, sind also Endarterien. Das von ihnen versorgte Gebiet, stets mehrere Papillen umfassend, schwankt zwischen 0,04 und 0,27 □mm, ist also mindestens 12 mal kleiner als ein UNNAsches Flächenelement von circa Linsengröfse. Verfasser kann daher die UNNAsche Theorie von den Gefäfskegeln, den von einem „kollateralen Netz" umgebenen „Flächenelementen", nicht acceptieren und hält diese Erythemflecken vielmehr von einer eigenartigen Anordnung der Gefäfsnerven abhängig. — Auch die PFEIFFERsche Theorie von der Entstehung des Zoster läfst sich in diesem Falle nicht mehr aufrecht erhalten. — An der Fufssohle bildet das aus den Papillarschlingen kommende venöse Blut 4 Netze: dicht unter den Papillenreihen, unmittelbar darunter, in der unteren Hälfte der Cutis und endlich zwischen Cutis und Subcutis. — Beim Neugeborenen sind sämtliche Hautarterien in genau der gleichen Zahl an genau denselben Stellen vorzufinden, wie beim Erwachsenen; die gröfseren Äste sind sogar in ungefähr gleicher Weise angeordnet.

Auf die Fortsetzung der eingehenden Untersuchungen, besonders, soweit sie auch

das Verhältnis der Blutgefäfse zu den Anhängen der Haut (Schweifs-, Talgdrüsen, Haare) betreffen, dürfen wir gespannt sein. — Beigegeben sind der Arbeit 6 instruktive, klar ausgeführte Farbentafeln. *Heufs-Zürich.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Fall von Dermatitis exfoliativa, von Whitmore Steele-Utica. (*Med. Record.* 1892. No. 42. S. 21.) Die Patientin litt vor 10 Jahren, nachdem sie sich als Farmersfrau den Unbilden der Witterung ausgesetzt, an einer allgemeinen Rötung, Anschwellung der Extremitäten, Jucken und Brennen. Die Sonnenstrahlen steigerten die Entzündung erheblich. Nach mehrwöchentlicher Dauer erfolgte eine Exfoliation der Epidermis, ein Verlust der Nägel und eines grofsen Teils der Haare. Sie bekam dann mehrere Rückfälle. Vor 1½ Jahren wurde sie wegen Melancholie, an der sie schon früher gelitten, aufgenommen. Seitdem hat sie mehrere Anfälle gehabt, die mit Fieber und Prostration auftraten und unter Exfoliation der Epidermis zurückgingen. Während eines Anfalles trat ein das Septum perforierendes Geschwür in der Nase auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen **Impetigo contagiosa** und **Eccema pustulosum** bringt das *Journ. des mal. cut. et syph.* 1893, S. 119, folgendes Mittel:

Salol.	
Aether. sulf.	aa 3,0
Cocain. muriat.	0,2
Collodii	20,0

Türkheim-Hamburg.

Gegen **Haarschwund und Trichophytiasis** verwendet Brocq (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893, S. 119) folgendes Mittel:

Acid. carbol.	
Chloral.	
Tinct. Jod.	aa 10,0

MDS. Beim Haarschwund einmal, bei Trichophytiasis 3- bis 4 mal die Woche mittelst eines Pinsels auf die erkrankten Teile aufzutragen, bis stärkere Hautreizung entsteht. *Türkheim-Hamburg.*

Erfahrungen bei der Behandlung von chronischem Herpes tonsurans in einem Knabeninstitute, von L. A. Duhring. (*Americ. Journ. of the Med. Sc.* Febr. 1892.) Die Krankheit hatte Knaben im Alter von 8—12 Jahren ergriffen und bestand bereits durchschnittlich etwa 1 Jahr. Die Patienten waren zumeist dürftig genährte Kinder. Von den 48 Fällen müssen 32 als besonders schwere angesehen werden. Im folgenden werden die hervorstechendsten Symptome der Krankheit, wie sie sich in einzelnen der beobachteten Fälle gezeigt haben, näher beschrieben.

Der Gang der Behandlung war ungefähr folgender:

Das Haar wurde in der Regel einmal in der Woche kurz geschnitten, in anderen Fällen wurde der Kopf mehrere Male in der Woche glatt rasiert. Salben und Öle wurden durch Einreiben in engsten Kontakt mit den Haarfollikeln gebracht. Waren nur kleinere, circumskripte Stellen ergriffen, so wurden die Haare epiliert. Bei der Auswahl der Mittel wurde auf das Alter, die körperliche Entwickelung und den Ernährungszustand der Patienten gesehen. Brünette vertrugen stärkere Mittel besser, als blonde Personen.

Um die Kopfhaut zu reinigen, sie von Schuppen und Krusten zu befreien, kamen Karbolöl, Seifenwaschungen, Einreibungen mit Schwefelsalbe in Anwendung. Bei stark gereizter Haut wurden milde Mittel gebraucht.

Unter den zahlreichen antiparasitären Mitteln wurden Karbolsalben, Merkur, Teer, Jodtinktur u. a. mit nur wenig durchgreifendem Erfolge angewendet. Unter den stark irritierenden Mitteln befanden sich Sublimat, Krotonöl, Kantharidin. Unter den milderen parasiticiden Medikamenten waren Kalomel- und Schwefelsalben, auch Schwefel in Form von Lösungen nicht ohne Vorteil. Kerion Celsi brach in 2 Fällen infolge der Applikationen, aber nie spontan aus.

Als das kräftigste und wirksamste Parasiticidicum erwies sich das Chrysarobin. Dasselbe wurde meist in einer 10%igen Salbe gebraucht, doch wurde von verschiedenen Patienten eine bei weitem stärker koncentrierte Salbe vertragen. Unter den 29 mit Chrysarobin behandelten Fällen trat nur in 7 eine intensive Hautreizung auf. Gewöhnlich wurde, nachdem das Chrysarobin die nötige und beabsichtigte Wirkung gethan hatte, die milde, aber nicht weniger wirkungsvolle Schwefelsalbe gebraucht. Das Chrysarobin ist selbstverständlich unter Aufsicht des Arztes und mit Vorsicht für Gesicht, namentlich die Augen, am besten in steigender Stärke anzuwenden. Alsdann kann man dasselbe unter den zahlreichen Mitteln bei der Behandlung des Herpes tonsurans als das kräftigste und beste ansehen. *C. Berliner-Aachen.*

b. *der Cutis.*

Zur Behandlung des Erysipelas durch Pilokarpin, von Hale. (*Semaine médicale.* 1892. No. 60.) Verfasser wandte salpetersaures Pilokarpin subkutan bei zwei Kindern im Alter von 7—9 Monaten gegen Erysipelas mit Erfolg an. Er injicierte so lange, bis Schweifsausbruch eintrat. Auf anfängliche hohe Temperaturen bis zu 40° resp. 40,6 und Gehirnerscheinungen folgte nach 20 resp. 30 Stunden eine deutliche Besserung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lippenaktinomykose, von Nicolaus Mari. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. No. 24.) Eine genaue Untersuchung des Schlachtviehes ergab, dafs unter demselben Aktinomykose ungeheuer verbreitet ist und zwar vornehmlich an der Lippe sitzt. Unter 42230 Stück Vieh zeigten 1030 aktinomykotische Herde; diese safsen 621 mal an den Lippen. Hier stellen sie unter der Schleimhaut sitzende, harte, bewegliche Geschwülste von der Gröfse einer Erbse bis zu derjenigen einer Wallnufs dar.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Eingangspforte des Actinomyces, von Karl Partsch. (*Wien. klin. Woch.* 1893. No. 6.) Verfasser hat früher, ebenso wie Israel und Ponfick, durch Nachweis des Actinomyces gezeigt, dafs dieser durch kariöse Zähne in den Körper einwandert.

Bostroem und Iszlai bezweifeln dieses in jüngster Zeit; ersterer bestreitet, dafs der gefundene Pilz Actinomyces war; letzterer konnte selbst den alten bei Actinomykose nicht in den Zähnen finden und will durch diese negativen Befunde die früheren positiven widerlegen. Demgegenüber berichtet der Verfasser über einen positiven Befund und giebt die Abbildungen der betreffenden Präparate. Natürlich ist damit nicht gesagt, dafs die Zähne die einzige Eingangspforte sind.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Actinomykose durch Jodkalium, von Iterson. (*La Sem. médicale.* 1892. No. 64.) Auf Grund von zwei Fällen von Actinomykose am Munde resp. in der Gegend des Blinddarms empfiehlt Verfasser die Anwendung des Jodkaliums, das beide Fälle heilte. Bemerkt mufs werden, dafs im ersten Falle die Diagnose nicht durch die allein mafsgebende mikroskopische Untersuchung sicher gestellt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Antiseptische Behandlung des Furunkels und Anthrax. Burlureaux rät im Anfang Bäder oder Umschläge mit Karbollösung oder 5% Creolinlösung. Zerstäubung derartiger Lösungen und interstitielle Karbolinjektionen; nach der Eröffnung und Ausstofsung des Eiterpfropfs: Ausstopfen der Höhle mit einer Mischung aus gleichen Teilen Calx viva, Natr. carbon. und Alumen.

Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée, von Riehl. (Kgl. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 13. Jan. 1893. *Intern. klin. Rundschau.* 1893. No. 4.) Bei dieser Form von Mycosis fungoides sollen die Knoten schärfer begrenzt, braun-rot, einzeln stehend, hier und da zu Aggregaten zusammengeflossen sein. Der Eruption geht weder Erythem noch Ödem voraus. Die Fälle sind sehr selten. Der vorgestellte Mann hatte vor 2 Jahren Knoten an den Unterschenkeln, die spontan unter Narbenbildung heilten. Das Allgemeinbefinden, das sonst 10—12 Jahre intakt bleibt, ist in diesen Fällen früher alteriert, so dafs der Tod schon in 2—3 Jahren eintritt. Mikroorganismen sind nach den Untersuchungen von Paltauf nicht vorhanden. Der Arsenbehandlung wird Erfolg zugeschrieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Protozoënbefund bei Mycosis fungoides (?), von Robert Wernicke. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. No. 24.) Bei einem eingeborenen Soldaten der hereditär nicht belastet ist und keine Zeichen von Syphilis zeigt, traten vor 4 Jahren einzelne erhabene Flecken der Haut auf; zur Zeit hat er vielfache höckerige Wucherungen an der Nase, einen Fleck auf der rechten Wange, welche aus vielen konfluierenden, buckeligen, glänzenden und wenig juckenden, bis erbsengrofsen Tumoren besteht. Am Rumpf finden sich einzelne rundliche, wenig höckerige, mit der Haut verschiebliche Knoten und eine grofse Zahl derselben an dem linken Oberschenkel; in der linken Leistenbeuge ein grofses Drüsenpacket. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Tumoren im Corium lagen, Granulome darstellten, in deren Mitte Riesenzellen sich befanden. In diesen konstatierte W. die von ihm für Coccidien angesehenen Gebilde von runder Form und gelber Farbe mit hyaliner Hülle und granulösem Inhalt, der keine Hornfärbung annahm. In einer Riesenzelle fand man bis 10 derartige Körper, die der Verfasser noch näher beschreibt. Denselben Gebilden begegnete er bei der Untersuchung der exstirpierten Lymphdrüsen; die Exstirpation war wegen Kompression der Schenkelgefäfse nötig geworden. Zur Färbung erwies sich Vesuvinglycerin als das geeignetste. (Die Schilderung der Coccidien läfst es ja als sehr wahrscheinlich erachten, dafs es sich wirklich um Protozoën handelt. Ob aber die Diagnose „Mycosis fungoides" richtig ist, scheint doch zweifelhaft, was Verfasser wohl auch gefühlt und durch das Fragezeichen ausgedrückt hat. D. Ref.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen die **Sycosis** empfiehlt Quinquaud folgende Salbe (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 728):

Chrysarobin.	5,0
Ichthyol.	5,0
Acid. salicyl.	2,0
Vaselin. s. Lanolin.	100,0

MDS. Zum Einreiben. — Nachdem ist die Haut mit einem dünnen Stück Guttaperchapapier zu bedecken. *Türkheim-Hamburg.*

Lymphgefäfse bei Elephantiasis Arabum, von L. Teichman. Mit 5 Tafeln. Krakau. Polnisch. Der Autor, welcher seit Jahren mit Lymphgefäfsinjektionen arbeitet, kommt in dieser Arbeit zu folgenden Schlüssen über die Pathogenese der Elephantiasis. Von einer Hautläsion aus entsteht eine infektiöse Lymphangitis mit Thrombenbildung in den subkutanen Lymphgefäfsstämmen. Von allen Lymphangitiden führt nur diese

infektiöse thrombosierende Lymphangitis zur Elephantiasis Arabum.[1] Die Lymphgefäfswände werden hochgradig verdickt. Oberhalb der Thrombose veröden die Lymphgefäfse vollständig, unterhalb der Thrombose finden wir erweiterte Lymphgefäfse, oft variköś gewunden; infolge von Erweiterung des Lumens werden die Valvulae insufficient. — Im Gebiete der elephantiastischen Cutis und Subcutis gelang eine Injektion der Lymphkapillaren wegen vollständiger Obliteration niemals; an der Grenze des kranken und gesunden Gewebes sind im Gegenteil die Lymphkapillaren erweitert. Die Hypertrophie des Bindegewebes ist eine Folge der Lymphstauung.

Die Blutgefäfse bleiben unverändert; nur in schweren Fällen wurde eine Erweiterung ihres Lumens gefunden. *Funk-Warschau.*

Beobachtung von Angina und Stomatitis, durch Streptokokken bedingt. Purpura, Arthropathie, leichte Endocarditis, von RAOULT. (*Union méd.* 1892. No. 55. *Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 5.) Eine 41jährige Frau litt seit 8 Tagen an Stomatitis, Angina mit weifsen, dicken, leicht ablösbaren Belägen, die eine Reinkultur von Streptokokken ergaben. Gleichzeitig bestanden Purpuraflecke. Zwei Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus entstanden Schmerzen in den Gelenken. Heilung unter Anwendung von Phénol sulforiciné etc. (Und wo sind die Symptome der Endocarditis? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Infektiöse Pneumonie infolge eines gutartigen Erysipels, von RENDU. Pariser Gesellschaft der Hospitäler. Sitzung vom 18. November 1892. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 8.) Als Illustration schwieriger Stellung der Prognose führt Verfasser folgenden Fall an: Ein Patient klagt wegen einer Conjunctivitis am linken Auge; tags darauf ist ein kleiner erysipelatöser Fleck neben dem Auge sichtbar; Temperatur und Allgemeinbefinden normal. 48 Stunden später war alles geschwunden. Am vierten Tage tritt eine Pneumonie ein, der der Patient in 3 Tagen erliegt. (Es wird schwer sein, den Konnex zwischen beiden Leiden zu beweisen.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Illustration der Behandlung schwerer Phlegmonen nach den Prinzipien von HELFERICH demonstriert BARTHAUER im Greifswalder medizinischen Verein (Sitzung den 5. November 1892) zwei Fälle. Dem Verlaufe der Infektion folgend, wurden unter Blutleere alle Herde zwischen den Muskeln bloſsgelegt, mit Kochsalzlösung ausgespült und tamponiert. Später wurde nach Ausschabung der Granulationen und Lösung der Haut in der Umgebung die sekundäre Naht angelegt. Im zweiten Falle war es noch nach längerer Zeit nötig, die erodierte Narbe zu excidieren und die Transplantation eines Hautlappen an ihrer Stelle vorzunehmen. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 2.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung des Panaritium, von A. SCHMIDT. Aus der chirurgischen Klinik in München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 2.) Jedes Panaritium soll in Narkose — auch eine örtliche durch Ätherzerstäubung genügt — und Blutleere präparatorisch eröffnet werden, soweit irgend etwas krankhaftes vorhanden ist. Besonders sollen die Sehnen dabei sorgfältig geschont werden. Die Incision soll frühzeitig gemacht, „die Reife" nie abgewartet werden. Gefährlich sind die warmen Umschläge, ebenso wie der feuchte Karbolverband, der ja bekanntlich zu Gangrän führen kann. Will man die Incision noch aufschieben, dann legt man den Finger auf eine Pappschiene und suspendiert den Arm. — Die Nachbehandlung nach der Incision soll eine trockene sein mit Jodoformgaze; vom 6.—8. Tage können lauwarme

[1] Bei bakteriologischer Untersuchung einiger Fälle von Elephantiasis nostras hat SABOURAUD ausschliefslich Erysipelkokken gefunden. Der Ref.

kurze Handbäder in vorher abgekochtem Wasser gegeben werden. Die Tamponade der Wunde mufs eine lockere sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Natur und Behandlung des Lichen Wilsons. Beitrag zum Studium der Hautneurosen, von Jacquet. (*La semaine médicale.* 30. December 1891.) Der Lichen ruber planus ist nach Verfasser eine Neurose, der nervöse Symptome mehr oder weniger lange Zeit vorausgehen, die bei Beruhigung des Nervensystems verschwinden. Der Ausbruch des Lichen wird durch lokale Reizung veranlafst. Bei seinen Fällen fand J. stets eine ererbte oder erworbene Reizbarkeit des Nervensystems; eigentümliche Sensationen, besonders Jucken gehen voraus. Durch hermetischen Abschluſs einzelner Hautteile gelingt es durch Ausschluſs mechanischer Insulte den Lichen zum Schwinden zu bringen.

Therapeutisch soll die Hydrotherapie angewendet werden, mit der Arsenikbehandlung aber gebrochen werden. Es soll täglich eine warme Douche von 2—3 Minuten Dauer, darauf eine kalte Übergieſsung angewendet werden. Sonstige Mafsnahmen zur Beruhigung des Nervensystems sollen nicht versäumt werden.

(Man wird doch wohl gut thun, die Arsenbehandlung vorläufig festzuhalten, bis Verfasser den sicheren Beweis erbringt, dafs die Hydrotherapie gleich gute Erfolge aufweist; gehört doch die Behandlung des Lichen mit Arsenik zu den sichersten in der Dermatologie. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen seltenen Fall von Lichen planus, von A. Page. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 171.) Page erzählt seine eigene Krankengeschichte, wie das Leiden allmählich begann und sich immer mehr steigerte, bis er zuletzt Tag und Nacht keinen Augenblick mehr vor Brennen und Jucken Ruhe hatte, trübsinnig wurde, oft stundenlang weinte und sich nur noch mit Selbstmordgedanken trug. Trotz grofser Mengen Chloral und Sulfonal bekam er keinen Schlaf, und trotz 30 Tropfen Sol. Fowl. täglich (!) wurde der Zustand immer schlimmer. Besserung und Heilung fand er schliefslich durch die heifsen Brausen nach Jacquet.

Türkheim-Hamburg.

Über das Mikrobion des weichen Schankers, von Rudolf Krefting-Christiania. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 166.) Diese Arbeit ist der Frage gewidmet, ob der von Ducrey im schankrösen Eiter und von Krefting auch in einem virulenten Bubo gefundene Bacillus mit dem von Unna auf Schnitten durch Schankergewebe entdeckten Strepto-Bacillus identisch sei. K. bejaht diese Frage und führt die zwischen den beiden Bakterien vorhandenen Unterschiede auf die verschiedenen Wachstumsbedingungen der verschiedenen Nährböden — das eine Mal Eiter, das andere Mal festes Gewebe — zurück. Es bleibt noch die doppelte Aufgabe zu lösen, diesen Bacillus künstlich zu züchten und durch Übertragung der Kulturen auf Menschen oder Tiere Schanker zu erzeugen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Behandlung des Ulcus molle mit Natrium sozojodolicum, von Th. Trapesnikow. Aus der Klinik des Prof. Tarnowski. (*Therapeut. Blätter.* 1893 Natrium sozojodolicum kann als Pulver, Salbe, Lösung angewendet werden, ist antiseptisch, reizt nicht, wirkt nicht toxisch und hat keinen unangenehmen Geruch. Als Pulver auf weiche Geschwüre aufgestreut, bewirkt es oft ein brennendes Gefühl, nur selten länger andauernden Schmerz. Die Wirkung ist eine vorzügliche; nach im ganzen 2—3 Aufstreuungen in 1 bis $1^1/_2$ Wochen, wobei auch bei phagedänischen Geschwüren die unterminierten Ränder zu berücksichtigen sind, ist die Heilung erfolgt oder, selbst in schwersten Fällen, angebahnt. Verfasser bezeichnet das Natrium sozojodolicum geradezu als Specificum für Ulcus molle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Ulcus molle und der venerische Bubo in ihren Beziehungen zu den Jahreszeiten, von P. Tommasoli. (*Rassegna di scienze mediche.* 1893. No. 1.) — Verfasser hat weitere Untersuchungen über den Gegenstand angestellt, welche seine früheren Mitteilungen (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle, fasc.* IV. 1885) bestätigen. Mit auffallender Regelmäfsigkeit konnte er nämlich (in Modena, wie in Bologna), entsprechend dem häufigen Vorkommen der Ulcera mollia eine bedeutende Zunahme der Bubonen im Herbste im Gegensatze zum Frühling (ca. 2:1) nachweisen. Er hofft, dafs dieser Umstand einen indirekten Beitrag zur Lösung der Frage von der Natur des Ulcus molle liefern dürfte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Lymphangioma diffusum multiplex, von L. von Lesser. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. XXXIV, pag. 321.) Verfasser schildert einen eigenen Fall: Ein 75jähriger rüstiger Greis hat an Armen und Beinen seit acht Jahren Veränderungen; letztere nur sind behandelt worden. Die Haut ist in ein schwammartiges Gewebe verwandelt, dicht unter der Oberfläche mit klarer Lymphflüssigkeit gefüllte Kanäle, an anderen Stellen rötliche, von Blutgefäfsen durchsetzte Flecke oder drüsige, komprimierbare Schwellungen, teilweise den Venenverzweigungen folgend, besetzt mit kleinen Bläschen. An anderen Orten die Geschwulstplatten mehr derb, fibrös oder auch mit dunkelblauen Knoten durchsetzt (Kavernomen), oder elephantiastisch und warzenartig verdickt. Subjektive Beschwerden: Schwere in den Beinen. Konsequente Bindeneinwickelung bewirkt Abnahme der Dicke. — An der Hand der Litteratur weist L. nach, dafs Lymphstauung allein das Bild nicht bewirken kann, es sich vielmehr um Lymphgefäfsneubildungen, wahre Hyperplasie der Lymphgefäfse, handelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von symmetrischem Auftreten von Bindegewebsgeschwülsten, von Jentzsch. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.* Bd. XXXIII, pag. 612.) Ein 32jähriger Seemann, der durch Gonorrhoe, Lues, Malaria, Beri-Beri sehr heruntergekommen war, zeigte beiderseits symmetrische, kleine, knollige, höckerige, subkutane Anschwellungen an dem Ansatz des Olekranon und in der Höhe des grofsen Trochanter. Die entfernte rechtsseitige Vorderarmgeschwulst ergab Fibrom resp. Fibrosarkom. Ätiologie dunkel.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Akromegalie, von Fratnich. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1892. Bd. 36 bis 37.) Bei dem 39 Jahre alten, aus neuropathischer Familie stammenden Bauer begannen im 18. Jahre Neuralgien, besonders in der Stirngegend, Schmerzen und Ameisenlaufen in den Händen und Füfsen, die zeitweilig anschwollen. Allmählich Gröfsenzunahme von Fingern, Zehen, Schlüsselbeinen, Rippen, Unterkiefer; Stirnbeinhöcker sehr ausgeprägt, ebenso Augenbrauenbögen, Warzenfortsätze; Nase vergröfsert, Oberlippe lang, fleischig, nach abwärts hängend; Ohren gröfser als normal, Zunge lang und dick. Die Schilddrüse ist atrophisch. Stimme rein, aber sehr tief.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von multiplen Papillomen an Tonsille, Zunge und Epiglottis, von F. Lange. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 50.) Verfasser hat auf Grund des Materials, welches er von einem derartigen Fall, den Örtel operiert hat, gewann, und an spitzen Kondylomen Studien über das Wachstum der entzündlichen Papillome gemacht. Er fand, dafs sich zunächst das Epithel verdickt durch eine lebhafte Vermehrung der Stachelzellen. Dann hebt es sich unter gleichzeitiger Wucherung von Bindegewebe und Gefäfsen zu einer wallartigen Falte. In die Lager von jungen elastischen Epithelzellen wachsen Kapillarschlingen und bilden je eine neue Papille;

von der ersten Schlinge zweigen sich neue ab; das Epithel ermöglicht durch zahlreiche Kernteilungen das Einwachsen derselben. Die Vertiefungen innerhalb eines Papilloms entstehen dadurch, dafs der aus älteren, spröden Zellen bestehende Epithelstreifen zwischen zwei Papillen im Wachstum zurückbleibt und einreifst; die Leukocyten sorgen für Wegschaffung solcher älterer, funktionsuntüchtiger Epithelzellen; andererseits wandern sie in Zügen nach der Oberfläche des Epithels, wo sich Bakterien ansiedeln, und sorgen für deren Abstofsung, ein rein entzündlicher Prozefs, der das Wachstum der Papillome durch Beseitigung des einengenden Epithelpanzers mächtig fördert. *F. Hahn-Bremen.*

Die Tinktionsbehandlung inoperabler maligner Neoplasmen, von Mosetig-Moorhof. (*Wiener Klinik*, 1. Heft, ref. *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 31.) Verfasser benutzte aufser seiner Methylviolettlösung 1 : 500 mit noch besseren Resultate eine 2%ige Karminlösung mit Zusatz von etwas 10%iger Natronlauge. Die Injektionen wurden alle 2—3 Tage in die Randpartien des Tumors gemacht, 2—12 g wurden auf einmal eingespritzt; auf ulzerierte Partien wurde das Mittel in Substanz oder als Salbe aufgetragen; innerlich gegen innere Tumoren Pillen, ohne besonderen Erfolg.

Man erzielt in einzelnen Fällen Nachlafs der Schmerzen, Besserung des Allgemeinbefindens und der Funktion, Kleinerwerden des Tumors. Harte Tumoren, besonders Sarkome, sind am besten geeignet. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Sarkomatosis, von Palma. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 35.) Der Fall verlief unter dem Bilde einer lymphatischen Leukämie; bei der Sektion fand sich ein primäres Thymussarkom und Metastasen in Leber, Milz und Drüsen, besonders in denen der linken Leiste. *F. Hahn-Bremen.*

Im ärztlichen Verein zu Hamburg demonstrierte Unna einen Fall von **Pseudoleukämia cutis**; die Kranke leidet an hochgradiger Anämie, Milztumor und hat eine Art Ausschlag, der in Form von flachen, platten Tubera von wachsartiger Transparenz und grüngelber Verfärbung Kopf, Gesicht und Arme bedeckt. Differentiell ist die Affektion von Lupus und Syphilis zu unterscheiden, hauptsächlich mikroskopisch durch das Verhalten der Plasmazellen, die bei Lupus stets zerstreut sind, bei Lues sich streng an die Gefäfse halten. In diesem Fall folgen sie auch den Gefäfsen, lassen aber deren nächste Nachbarschaft frei. *F. Hahn-Bremen.*

Über kongenitale Tumoren, von Pott. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 37.) Am häufigsten finden sich angeboren Gefäfstumoren: Angiome, Cavernome, Lymphektasien, Lymphangiome (Hygroma colli cysticum), ferner sind oft Lipome beobachtet, in denen man manchmal Verkalkungsherde findet. Im Urogenitalsystem finden sich aufser den Teratomen und Cystadenomen in Hoden und Ovarien öfter Nierensarkome; endlich giebt es Sarkome des Sehnerven (Gliome) und angeborene Knorpel- und Knochengeschwülste. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Mischung von Stickstoffoxydul und Sauerstoff als Anaestheticum bei kleineren chirurgischen Eingriffen von WALDO VON ARSDALEN. (*Americ. journ. of med. scienc.* 1891, S. 131.)

Stickstoffoxyd mit 10% Sauerstoffzusatz ist ein für kleinere chirurgische Eingriffe geeignetes Inhalationsanaestheticum, das allerdings bei furchtsamen Personen leicht im Stich läfst. (In der Zahnheilkunde bekanntlich lange verwertet, wenn auch in jüngster Zeit durch Bromäthyl, Pental verdrängt.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bestimmung der Identität der Persönlichkeit durch Narben und andere Abzeichen am Körper, von C. R. GREENLEAF. (*New York. med. Journ.* 29. Okt. 1892.) Folgende Methode ist in der Armee der Vereinigten Staaten eingeführt: Die Farbe der Augen wird als Ausgangspunkt benutzt und nach einer bestimmten, lithographierten Farbenskala aufnotiert; das zweite Unterscheidungsmittel bildet die Körperlänge nach Fufs, Zoll und Halbzoll; drittens Tättowierungen; viertens werden auf einer Karte, auf welcher die Umrisse einer männlichen Figur eingezeichnet sind, etwaige Narben, Male oder andere Abzeichen topographisch eingetragen. Auf diese Weise wird über jeden eintretenden Rekruten in unauffälliger Weise ein Persönlichkeitsverzeichnis aufgenommen und registriert, was bei dem häufigen Desertieren und den Strafentlassungen dort nicht unwichtig ist, namentlich, da häufig ein Wiedereintritt ins Heer versucht wird. Das System hat sich bereits in etwa dreihundert Fällen bewährt. *Philippi-Nieheim.*

Hodentuberkulose. Tuberkulose der Halslymphdrüsen. Ulcus rodens. Scirrhus der Mamma. Akute Vereiterung von Gelenken. Fibroma Mammae, Ein klinischer Vortrag von J. B. HAMILTON. (*Med. News.* 29. Okt. 1892.)

Der erste Fall betraf einen Mann mit ausgesprochenen Symptomen der Hodentuberkulose, welche vom Vortragenden ausführlich besprochen wurden. Trotzdem die Affektion bereits die Leistendrüsen ergriffen hat, wird, um womöglich etwas Linderung zu verschaffen, die Kastration ausgeführt, deren einzelne Phasen ausführlich dargelegt werden. Zweitens wurde eine Frau mit vereiterten tuberkulösen Halsdrüsen vorgestellt. Die dringend nötige Operation wurde verweigert. Ein Fall von Ulcus rodens, am unteren und oberen Augenlid und an der Stirn lokalisiert, wurde mit gutem Erfolge operiert. Vortragender führt aus, dafs dieses Leiden nur eine Abart des Epithelial-Carcinoms sei.

Der Scirrhus der Mamma wurde nicht operiert; dagegen wurden zwei erfolgreich behandelte Fälle von suppurativer Arthritis vorgestellt, und auch das Mammafibrom wurde operativ behandelt. Letzteres war dadurch bemerkenswert, dafs eine melanotische Flüssigkeit wie bei melanotischem Sarkom sich aus der Mammilla ausdrücken liefs, doch deuten die anderen Symptome des Falles entschieden auf einen gutartigen Tumor hin. *Philippi-Nieheim.*

Über die Hautverpflanzung nach THIERSCH, von URBAN. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.* Bd. 44, No. 187.) Ein erschöpfender Bericht über die Technik des Transplantationsverfahrens in der Leipziger Klinik. Aseptisches Verfahren, Spülung mit 0,6% Kochsalzlösung, täglich erneuerte feuchte Kompressivverbände, Anfrischung

etwaiger Granulationen mit dem Messer (nicht mit dem scharfen Löffel), dachziegelförmiges Bedecken der Wunde, Entnahme der Haut vom Oberschenkel des Patienten selbst, Narkose, niemals Blutleere. — 350 Fälle sind so behandelt; besondere Triumphe feiert die Methode bei chronischen Unterschenkelgeschwüren und Lupus, dessen Therapie genau erörtert wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Fälle von Hauttransplantationen mittelst der THIERSCHschen Methode bei ausgedehnten Hautverlusten, von SICK. (*Archiv f. klin. Chirurgie.* Bd. 43, S. 387—393.) In sechs Fällen gab bei ausgedehnten Hautverlusten die THIERSCHsche Methode im Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg gute Resultate. Die Granulationen werden durch Abreiben oder den scharfen Löffel angefrischt; sorgfältigste Blutstillung; Transplantation am besten erst tags darauf. Am besten zu derselben grofse Hautstücke vom Kranken selbst (bei einem Kinde gelang nur mit eigener Haut die Überpflanzung nach mehreren vergeblichen Versuchen mit fremder). — Vaginalschleimhaut heilt zum Teil an, nimmt bald einen epidermoidalen Charakter an, retrahiert sich aber stark. Kaninchen- und Froschhaut, wenn sie selbst anheilten, erhielten sich nicht. — Sorgfältige Nachbehandlung nötig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die lokale Anästhesie durch Kokain, von J. NEUDÖRFER. (*Intern. klinische Rundsch.* 1891. No. 33.) Durch Kombination von Kokain mit Blausäure ist es möglich, die Menge des zur lokalen Anästhesie nötigen Kokains auf ein Minimum herabzusetzen. In Aqua amygd. amar. enthält 1,0 genau 0,001 Blausäure; in einer 1%igen Lösung von Kokain in Aqua amygd. amar. entspricht 1,0 gerade 0,01 Kokain und 0,001 Blausäure. Eine Spritze dieser Lösung genügt für kleinere Operationen, Verfasser hat aber schon vier Spritzen bei der Reposition von Gelenken mit Erfolg angewendet. Verfasser empfiehlt dringend die 1%ige Lösung von Kokain in Aqua amygd. amar. — (Die 1%ige Lösung von Kokain, in Wasser genügt, auch für kleinere Operationen. Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Flügeldecken der Litta vesicatoria demonstrierte G. LEWIN in der Berliner medizinischen Gesellschaft aus Anlafs der Bemerkung von SCHIMMELBUSCH, dafs Hysterische bei sich damit pemphigusähnliche Krankheiten hervorrufen. Reibt eine Hysterica mit spanischer Fliege sich die Haut ein, um Blasen zu erzeugen, dann bleibt ein Teil der Flügeldecken an der Blase hängen und zeigt bei auffallendem Licht einen Glanz wie Diamanten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVI. No. 12. 15. Juni 1893.

Bericht über das zweite Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Von

Oberarzt Dr. P. J. Eichhoff.

Den Bericht über das erste Triennium der mir ärztlich unterstellten Abteilung in den städtischen Krankenanstalten veröffentlichte ich im Jahre 1890 in der *Deutschen medicinischen Wochenschrift.* Im folgenden lasse ich den Bericht über die Station während des zweiten Trienniums ihres Bestehens folgen.

Wie in den ersten drei Jahren ihres Bestehens von Jahr zu Jahr die Zahl der Kranken dieser Station sich in erstaunlicher Weise vermehrte, so ist auch in den darauffolgenden drei Jahren eine weitere und stetige Zunahme der Abteilung — wenn auch nicht in so erstaunlichen Zahlen — zu verzeichnen gewesen. Es betrifft diese Zunahme, wie aus den folgenden Ziffern hervorgeht, durchaus nicht allein die Zahl der an Krätze Leidenden, von welcher Krankheit in den letzten Jahren geradezu eine epidemische Ausbreitung zu verzeichnen gewesen ist, sondern auch vor allem die anderen Hautkrankheiten und nicht zum geringsten die Syphilis.

Daraus erhellt klar und deutlich, wie unbedingt notwendig für eine grofse Stadt eine Station für Hautkrankheiten und Syphilis in einem allgemeinen Krankenhause ist, auf welcher die Kranken in specieller sachgemäfsiger Weise behandelt werden. Es kann der Vertretung und Verwaltung der Stadt Elberfeld zum hohen Verdienst angerechnet werden, dafs sie in richtiger Einsicht von dem Bedürfnis einer speciellen Behandlung der Haut- und Syphiliskranken, die vielfach in den grofsen Krankenhäusern etwas beiseite gelassen und, um mich so auszudrücken, als Kranke zweiter Ordnung betrachtet werden, eine richtige Einteilung ihres grofsen Krankenhauses gemacht hat, indem sie dasselbe in eine chirurgische, innere und Haut- etc. Abteilung teilte.

Wird doch eine Teilung der kolossalen Arbeit in den grofsen Kranken-

häusern, besonders in Berlin, aber auch an mehreren anderen Stellen, in letzter Zeit allseitig angestrebt, und zwar mit dem gröfsten Recht, da unmöglich ein Oberarzt ein Krankenmaterial von 200—400 Kranken und event. noch mehr bewältigen kann.

Aufserdem hat wohl jeder auch noch so tüchtige Arzt ein Lieblingsfach, das er mit Vorliebe und besonders kultiviert. Der eine interessiert sich mehr für Chirurgie, der andere für Gynäkologie, ein dritter für innere Krankheiten u. s. w. Aus der ärztlichen Verwaltung eines grofsen Krankenhauses durch einen Arzt resultiert daher die notwendige Folge, dafs bestimmte Kategorien von Kranken nicht so behandelt werden können, als dies in dem Falle einer Teilung der Arbeit geschehen mufs.

Das ist nun in besonderer Weise wichtig für die Behandlung der Hautkranken und in noch gröfserem Mafse für die Syphiliskranken. Die ersteren sind vielfach, die letzteren immer ansteckende Kranke und zwar nicht nur auf kurze Zeit, sondern meistens für eine Zeitdauer, die sich nach Jahren berechnet. Demnach ist bei diesen Kranken eine sorgfältige Behandlung nicht nur für das Individuum von Notwendigkeit, sondern auch für die menschliche Gesellschaft, sie ist ein soziales Bedürfnis.

Elberfeld steht darin als Musterbild vielen, ja den meisten deutschen Städten vor.

Wenn wir uns kurz die Entwickelung der Station, welche aus I., II. und III. Klasse, sowie der polizeilichen Abteilung für die Prostituierten besteht, in den ersten drei Jahren nach dem vorigen Bericht vergegenwärtigen, so wurde die Abteilung von mir am 1. Mai 1887 mit einem aus den beiden anderen Abteilungen ausgelesenen Bestand von 13 Kranken übernommen.

Die Entwickelung in den ersten drei Jahren war folgende:

Es wurden behandelt verschiedene Krankheitsfälle:

	1887	1888	1889
bei Männern	317	409	646
bei Frauen	195	229	295
Summa:	512	638	941

Diese verschiedenen Krankheitsfälle waren vertreten durch Kranke:

1887	1888	1889
490	582	839

Darunter sind Krätzkranke:

	1887	1888	1889
Männer	150	168	290
Frauen	60	59	89
Summa:	210	227	379

Es bleiben demnach für Haut- und Syphilisfälle:

	1887	1888	1889
Männer	167	241	356
Frauen	135	170	206
Summa:	302	411	562

Diese sind repräsentiert durch Kranke:

280	355	460

Darunter befanden sich Patienten I. und II. Klasse:

1887	1888	1889
47	66	66

Wir ersehen aus diesen Zahlen, dafs die Frequenz der Abteilung sich von Jahr zu Jahr um mehr als ein Drittel gegen das Vorjahr höher stellte.

Wenn wir nun die Summe der Verpflegungstage in den einzelnen Jahren betrachten und daraus auf den durchschnittlichen täglichen Bestand schliefsen, so ergiebt sich folgendes Resultat:

	1887	1888	1889
für die Haut- und Syphilisfälle:	14 202	13 600	16 893
für die Krätzfälle:	630	681	1 137
Summa:	14 832	14 281	18 030

Demnach war der durchschnittliche tägliche Bestand der Station:

	1887	1888	1889
an Haut- und Syphiliskranken:	39	38	47
an Krätzkranken:	2	2	3
Summa: durchschnittlicher täglicher Bestand:	41	40	50

Dafs trotz welchselnder Frequenz der durchschnittliche tägliche Bestand im Jahre 1888 nicht entsprechend in die Höhe gegangen ist, liegt an dem Umstand, dafs in diesem Jahre viele leichtere Kranke die Station besuchten, welche nicht so vieler Verpflegungstage benötigten.

Um eine totale Übersicht über die ganzen 6 Jahre des Bestehens der Abteilung und eine Vergleichsmöglichkeit zwischen der Belegung und Entwickelung der einzelnen Jahre an sich und des zweiten gegen das erste Triennium zu haben, lasse ich auch in Kürze hier nochmals die Übersicht nach den einzelnen Krankheiten in den ersten drei Jahren folgen.

Es kamen zur Aufnahme und Behandlung:

Name der Krankheit	1887			1888			1889		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Favus (Erbgrind)	5	2	7	2	4	6	4	7	11
Onychomycosis favosa	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Pityriasis versicolor (Kleienflechte)	—	—	—	2	3	5	—	—	—
Mycosis tonsurans capillitii (scherende Flechte)	6	5	11	2	8	10	5	6	11
Mycosis tonsurans corporis	5	2	7	12	7	19	5	8	13
Sycosis parasitaria (Bartflechte)	12	—	12	7	—	7	8	—	8
Eccema parasitarium (Pilzflechte)	21	20	41	24	15	39	44	16	60
Impetigo contagiosa (Krustenflechte)	7	11	18	16	12	28	18	6	24
Scrophuloderma (skrophulöses Geschwür)	1	3	4	1	7	8	3	3	6
Tuberculosis cutis (Hauttuberkulose)	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Lupus vulgaris (fressende Flechte)	5	1	6	6	9	15	6	10	16
Lupus erythematodes	—	—	—	1	—	1	2	—	2
Sycosis simplex (Haarsackentzündung)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Acne vulgaris (Finnen, Mitesser)	1	1	2	1	—	1	1	—	1
Acne varioliformis (pockenartige Akne)	—	—	—	—	—	—	1	—	1

Name der Krankheit	1887			1888			1889		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Furunculosis (Blutschwärsucht)	1	—	1	1	1	2	6	—	6
Rosacea (Kupferfinne)	—	—	—	1	1	2	—	—	—
Eccema artificiale (nässende Flechte)	12	12	24	14	4	18	30	31	61
Psoriasis (Schuppenflechte)	17	5	22	6	7	13	7	3	10
Lichen ruber	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Lichen scrophulosorum	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Prurigo (Knötchenflechte)	3	2	5	3	1	4	7	—	7
Pruritus (Juckflechte)	2	2	4	2	—	2	3	—	3
Ichthyosis (Fischschuppenkrankheit)	—	1	1	1	—	1	—	—	—
Herpes zoster (Gürtelrose)	—	1	1	—	1	1	1	—	1
Dermatitis herpetiformis	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Urticaria (Nesselsucht)	—	—	—	3	2	5	3	3	6
Erythema nodosum	—	—	—	1	1	2	1	—	1
Erythema Iris	—	—	—	—	1	1	2	—	2
Purpura (Blutfleckenkrankheit)	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Erysipelas (Rose)	—	3	3	1	3	4	—	2	2
Congelatio (Erfrierung)	—	—	—	3	—	3	1	—	1
Ulcus cruris (Beingeschwür)	4	1	5	3	1	4	3	—	3
Gangraena cutis cachectica (Hautbrand)	—	3	3	1	1	2	2	—	2
Ulcus rodens (Hautkrebs)	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Melanoma	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Alopecia areata (kreisförmiger Haarschwund)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Pediculosis (Läusesucht)	2	16	18	2	13	15	5	20	25
Phlegmone (Zellgewebsentzündung)	—	—	—	1	—	1	1	3	4
Sklerodermie	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Atheroma (Balggeschwulst)	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Ozaena (Stinknase)	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Stomacace (Mundfäule)	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Dysidrosis (Schweifsdrüsenentzündung)	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Keloid (Narbengeschwulst)	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Naevus piliferus pigmentosus	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Scabies (Krätze)	150	60	210	168	59	227	290	89	379
Syphilis	25	18	43	33	29	62	45	26	71
Syphilis hereditaria (ererbte Syphilis)	2	2	4	2	3	5	4	5	9
Ulcus molle (weicher Schanker)	9	4	13	8	6	14	11	3	14
Gonorrhoe (Tripper)	13	14	27	31	18	49	48	38	86
Strictura urethrae (Harnröhrenverengerung)	—	—	—	1	—	1	5	—	5
Rheumatismus gonorrhoicus (Tripperrheumatismus)	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Cystitis (Blasenkatarrh)	1	1	2	6	1	7	10	—	10
Bubo (Drüsenentzündung)	4	1	5	5	—	5	11	3	14
Epididymitis (Nebenhodenentzündung)	4	—	4	13	—	13	28	—	28
Orchitis (Hodenentzündung)	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Phimosis (Vorhautverengerung)	1	—	1	6	—	6	6	—	6
Paraphimosis (spanischer Kragen)	—	—	—	4	—	4	1	—	1
Balanitis (Eicheltripper)	2	—	2	4	—	4	2	—	2
Prostatitis (Vorsteherdrüsenentzündung)	1	—	1	1	—	1	1	—	1
Bartholinitis	—	3	3	—	3	3	—	—	—
Endometritis (gonorrh.) (Gebärmutterentzündung)	—	—	—	—	2	2	—	—	—
Papilloma acuminatum (spitze Feigwarzen)	—	—	—	—	3	3	3	2	5
Hydrocele (Wasserbruch)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Fistula urethrae (Harnröhrenfistel)	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Strictura recti syphilitica (syphilitische Mastdarmstriktur)	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Phthirii (Filzläuse)	1	1	2	3	—	3	—	2	2
Summa ...	317	195	512	409	229	638	646	295	941

Aus dieser Zahlenreihe ist klar ersichtlich, dafs die Zahl der behandelten Fälle im zweiten Jahre um ein Drittel die des ersten Jahres übersteigt, und dafs im dritten Jahre dieselbe wieder um die Hälfte gegenüber dem zweiten zugenommen, d. h. also fast die doppelte Höhe des ersten erreicht hat.

Im zweiten Triennium wurden aufgenommen und behandelt:

Name der Krankheit	1890			1891			1892		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Favus (Erbgrind)	5	1	6	2	—	2	—	1	1
Onychomycosis favosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pityriasis versicolor (Kleienflechte)	2	—	2	2	—	2	3	3	6
Mycosis tonsurans capillitii (scheerende Flechte)	3	4	7	6	4	11	3	4	7
Mycosis tonsurans corporis	5	—	5	4	2	7	3	3	6
Sycosis parasitaria (Bartflechte)	4	—	4	8	—	8	6	—	6
Eccema parasitarium (Pilzflechte)	87	54	141	67	64	131	81	63	144
Impetigo contagiosa (Krustenflechte)	15	11	26	22	12	34	26	12	38
Scrophuloderma (scrophulöses Geschwür)	2	4	6	7	3	10	—	—	—
Tuberculosis cutis (Hauttuberkulose)	—	—	—	1	—	1	1	1	2
Lupus vulgaris (fressende Flechte)	14	14	28	12	13	25	11	13	24
Lupus erythematosus	1	1	2	1	—	1	2	—	2
Sycosis simplex (Haarsackentzündung)	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Acne vulgaris (Finnen)	2	2	4	4	2	6	5	1	6
Acne varioliformis	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis (Blutschwärsucht)	5	2	7	5	3	8	3	3	6
Rosacea (Kupferfinne)	1	—	1	1	—	1	—	—	—
Eccema artificiale (nässende Flechte)	11	3	14	12	4	16	5	4	9
Psoriasis (Schuppenflechte)	21	3	24	13	8	21	7	2	9
Lichen ruber	1	1	2	—	1	1	3	—	3
Lichen scrophulosorum	—	1	1	—	1	1	1	—	1
Prurigo (Knötchenflechte)	7	1	8	3	3	6	1	—	1
Pruritus (Juckflechte)	4	1	5	2	1	3	5	1	6
Ichthyosis (Fischschuppenkrankheit)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Herpes zoster (Gürtelrose)	1	1	2	1	—	1	1	—	1
Dermatitis herpetiformis	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Urticaria (Nesselsucht)	3	1	4	3	—	3	—	—	—
Erythema nodosum	—	—	—	—	2	2	—	1	1
Erythema Iris	—	—	—	2	—	2	1	—	1
Purpura (Blutfleckenkrankheit)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatitis exfoliativa	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Trichorrhexis nodosa	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Bromidrosis	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Erysipelas (Rose)	—	—	1	1	2	3	1	2	3
Congelatio (Erfrierung)	2	1	3	1	1	2	4	3	7
Combustio (Verbrennung)	—	—	—	—	2	2	1	—	1
Ulcus cruris (Beingeschwür)	7	4	11	11	4	15	4	2	6
Ulcus chromicum (Chromgeschwür)	—	—	—	3	—	3	1	—	1
Gangraena cutis cachectica (Hautbrand)	—	1	1	1	—	1	—	—	—
Ulcus rodens (Hautkrebs)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Melanoma	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Xanthelasma	—	—	—	—	2	2	1	—	1
Alopecia areata (kreisförmiger Haarschwund)	2	1	3	2	—	2	1	1	2
Pediculosis (Läusesucht)	9	31	40	3	25	28	9	26	35
Phlegmone (Zellgewebsentzündung)	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Sclerodermia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atheroma (Balggeschwulst)	2	—	2	—	1	1	—	1	1

Name der Krankheit.	1890			1891			1892		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
Keratosis follicularis (Darier)	—	—	—	1	—	1	2	—	2
Ozaena (Stinknase)	—	1	1	1	—	1	—	—	—
Stomacace (Mundfäule)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dysidrosis (Schweifsdrüsenentzündung)	—	1	1	1	1	2	2	1	3
Keloid (Narbengeschwulst)	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Naevus piliferus	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Naevus pigm. vasc. (Feuermal)	1	—	1	—	1	1	—	1	1
Carbunculus	1	—	1		—	1	—	—	—
Intertrigo	1	2	3	—	—	—	—	—	—
Eccema marginatum	—	1	1	—	—	—	1	—	1
Phlebitis (Venenentzündung)	—	1	1	1	1	2	—	—	—
Verruca (Warzen)	1	—	1	—	1	1	2	—	2
Elephantiasis	1	1	2	—	1	1	2	—	2
Lymphangitis	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Erythrasma	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Molluscum contagiosum	—	1	1	1	1	2	—	2	2
Erythema arteficiale	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Scabies (Krätze)	341	103	444	425	133	558	465	197	662
Syphilis	55	36	91	61	40	101	84	35	119
Syphilis hereditaria (ererbte Syphilis)	7	8	15	2	4	6	—	—	—
Ulcus molle (weicher Schanker)	9	8	17	10	3	13	13	6	19
Gonorrhoe (Tripper)	66	46	112	68	45	113	61	67	128
Strictura urethrae (Harnröhrenverengerung)	—	—	—	5	—	5	4	—	4
Rheumatismus gonorrhoicus (Tripperrheumatismus)	1	—	1	2	—	2	1	—	1
Cystitis (Blasenkatarrh)	3	—	3	5	1	6	3	—	3
Bubo (Drüsenentzündung)	8	—	8	7	2	9	16	3	19
Epididymitis (Nebenhodenentzündung)	26	—	26	37	—	37	26	—	26
Orchitis (Hodenentzündung)	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Phimosis (Vorhautverengerung)	6	—	6	13	—	13	14	—	14
Paraphimosis (spanischer Kragen)	3	—	3	1	—	1	9	—	9
Balanitis (Eicheltripper)	4	—	4	5	—	5	6	—	6
Prostatitis (Vorsteherdrüsenentzündung)	1	—	1	1	—	1	3	—	3
Bartholinitis	—	1	1	—	2	2	—	1	1
Endometritis gonorrhoica (Gebärmutterentzündung)	—	4	4	—	12	12	—	2	2
Papilloma acuminatum (Feigwarzen)	2	5	7	1	—	1	5	4	9
Hydrocele (Wasserbruch)	—	—	—	3	—	3	—	—	—
Fistula urethrae (Harnröhrenfistel)	3	—	3	—	—	—	—	—	—
Strictura recti (Mastdarmverengerung)	—	1	1	—	—	—	5	1	6
Phthirii (Filzläuse)	20	10	30	15	16	31	17	12	29
Abscessus periurethralis	2	—	2	1	—	1	1	—	1
Erosis	2	—	2	—	6	6	1	6	7
Funiculitis (Samenstrangentzündung)	2	—	2	3	—	3	—	—	—
Hypospadie	2	—	2	3	—	3	1	—	1
Stomatitis mercurialis	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Calculi praeputiales (Vorhautsteine)	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Folliculitis Tyssonii	—	—	—	2	—	2	1	—	1
Varicocele (Aderbruch)	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Carcinoma penis (Krebs)	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Summa:	789	375	1164	876	433	1309	939	486	1425

Es wurden also behandelt verschiedene Krankheitsfälle:

	1890	1891	1892
bei Männern	789	876	939
bei Frauen	375	433	486
Summa:	1164	1309	1425

Diese verschiedenen Krankheitsfälle waren vertreten durch Kranke:

	1890	1891	1892
Männer	680	757	797
Frauen	313	338	420
Summa:	993	1095	1217

Darunter sind Krätzkranke:

	1890	1891	1892
Männer	341	425	465
Frauen	103	133	197
Summa:	444	558	662

Es bleiben demnach für Haut- und Syphilisfälle:

	1890	1891	1892
Männer	448	451	474
Frauen	272	300	289
Summa:	720	751	763

Diese Haut- und Syphilisfälle (exkl. Krätze) sind repräsentiert durch Kranke:

	1890	1891	1892
Männer	339	332	332
Frauen	210	205	223
Summa:	549	537	555

Darunter befanden sich Kranke I. und II. Klasse:

1890	1891	1892
65	87	67

Wir sehen aus diesen Zahlen im allgemeinen, dafs der Krankenbestand von Jahr zu Jahr noch etwas im Steigen begriffen ist, dafs jedoch im Durchschnitt eine gewisse Stabilität sich zeigt, so dafs das Bedürfnis der Kranken durch die Station nunmehr gedeckt erscheinen mufs und nicht mehr ein so rapides Zunehmen wie in den ersten Jahren durch die Verhältnisse bedingt sein kann.

Die Zahl der Verpflegungstage war:

1890	1891	1892
21 848	21 802	23 617

Demnach war der durchschnittliche tägliche Bestand der Abteilung:

	1890	1891	1892
Kranke	60	60	65

und die durchschnittliche Verpflegungs- und Behandlungsdauer des einzelnen Kranken:

	1890	1891	1892
Tage	20	19	19

Vergleichen wir alle diese Zahlen mit den oben für das erste Triennium angegebenen, so haben wir allen Grund mit der Entwickelung der Abteilung auch im zweiten Triennium zufrieden zu sein.

Wenn wir die beiden Krankheitstabellen der zwei Triennien miteinander vergleichen, so finden wir gegen das erste im zweiten Triennium

eine Abnahme der eigentlichen Mykosen κατ' ἐξοχήν, des Favus und der Mycosis tonsurans, dagegen eine bedeutende Zunahme (circa das Dreifache) des Eccema parasitarium (Eccema seborrhoicum Unna) und des Lupus vulgaris, während die übrigen Dermatosen ziemlich dieselben Zahlenverhältnisse beibehalten haben.

Eine ganz auffallende Vermehrung hat auch die Krätze im letzten Triennium aufzuweisen, und zwar in solchen Dimensionen, dafs, wie die Zahlen beweisen, man von einer epidemischen Ausbreitung derselben sprechen kann. Dieselbe Beobachtung wurde übrigens auch in mehreren anderen rheinischen Städten gemacht.

Von den venerischen Krankheiten zeigen die konstitutionelle Syphilis und der Tripper auch eine Zunahme um nahezu das Doppelte, während der Zugang an weichen Schankern ungefähr der gleiche blieb.

Die Prinzipien der Behandlung blieben im grofsen und ganzen dieselben, wie im ersten Triennium, nur dafs ich mich noch mehr wie früher auf den antiparasitären Standpunkt in der Behandlung der meisten Hautkrankheiten stellte, wie vordem und zwar zu meiner grofsen Zufriedenheit und der meiner Kranken. Dies gilt nicht zum wenigsten von dem parasitären Ekzem. Wie die Tabelle zeigt trat dasselbe sehr häufig auf; mag man es anders nun Eccema seborrhoicum, oder Eccema psoriatiforme oder anders nennen, ich bin von der parasitären Ursache derselben vollständig und fest überzeugt, und zwar am meisten durch die Erfolge der antiparasitären Behandlung, die mich eigentlich in den zahlreichen Fällen niemals im Stich liefs, sondern stets glücklich zur Heilung der Krankheit führte.

Eine Sturmperiode erweckte im Anfang des zweiten Trienniums die Einführung des Kochschen Tuberkulins auf der Abteilung. Ohne mich weiter über den therapeutischen Wert oder Unwert der neuen Methode hier weiter aussprechen zu wollen, kann ich nur die Thatsache mitteilen, dafs von 25 mit dem Tuberkulin, und zwar mit Ausschlufs aller anderen Mittel, behandelten Lupusfällen zwei positiv und definitiv geheilt wurden und bis zum heutigen Tage, also während eines Zeitraumes von 2½ Jahren, geheilt geblieben sind. Das ist ein Erfolg von 8% Heilungen sicherer Art durch das Tuberkulin, und ich denke, dieses Resultat sei nicht zu gering anzuschlagen.

Die Seifenmethode in der Behandlung der parasitären und nichtparasitären Hautkrankheiten habe ich weiter ausgearbeitet und vervollkommnet und bin auch mit den therapeutischen Erfolgen in dieser Hinsicht sehr zufrieden.

Einige Male beobachtete ich das Auftreten von eigentümlichen kreisrunden, tiefen, kraterförmigen Geschwüren an den Händen und Füfsen eingelieferter Kranken. Es waren diese letzten sämtlich Arbeiter einer

chemischen Fabrik, die mit Chromsalzen zu arbeiten haben, besonders Chromkalium. Ich nenne deshalb die Affektionen Ulcus chromicum. Merkwürdigerweise beobachtete ich bei fast allen diesen Kranken auch eine Perforation der Nasenscheidewand. Die Geschwüre sind sehr hartnäckig, und das Loch in der Nasenscheidewand ist natürlich ein bleibendes, aber differentiell-diagnostisch ist die Affektion von grofsem Wert.

Die Behandlung der Syphilis blieb dieselbe wie vordem: als Allgemeinkur eine kombinierte Schmierschwitzkur, während die einzelnen Sondererscheinungen symptomatisch behandelt wurden.

Bericht über eine Lepra-Enquete in Ägypten.

Von

Franz Engel Bey,
Prakt. Arzt, Chef der Sanitäts-Statistik in Kairo.

Die Aufmerksamkeit der europäischen Ärzte hat sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr der Lepra zugewendet, die man bis dahin als eine erloschene Krankheit zu betrachten sich gewöhnt hatte. Die erste und bedeutendste Anregung hierzu ging wohl von Norwegen aus, wo vor nunmehr circa 40 Jahren Daniellsen und Boeck ihre Erfahrungen über die Lepra daselbst bekannt gaben. Im Jahre 1856 zählte man in Norwegen 2871 Lepröse, und in der Zeit von 1848 bis 1861 wurden zu dem einen schon länger bestehenden Lepra-Hospital noch 4 andere gegründet.

Im Jahre 1870 wurde durch v. Bergmann auf die in Livland existierenden Fälle von Lepra hingewiesen, und in Rufsland wurden dann allmählich bis in die neueste Zeit, durch Wahl besonders in den Ostseeprovinzen und durch Münch in Südrufsland zahlreiche Fälle ans Licht gezogen. Aus Indien, von wo schon früher besonders Carter über Lepra berichtet hatte, wurden bei der Volkszählung 1872 circa 100 000 Fälle nachgewiesen; man erinnerte mehr und mehr daran, dafs es in Italien, nur einzelne mehr in Sicilien, in Spanien und Griechenland, besonders auf den Inseln, eine ziemlich bedeutende Menge Lepröser giebt; auf Kreta wurde ihre Zahl z. B. auf 900 geschätzt. Inzwischen hatte die Lepraforschung, nachdem Virchow früher die „Leprazellen" beschrieben hatte, einen neuen Aufschwung durch die Entdeckung des Leprabacillus durch Hansen und Neisser 1874—79 erhalten. Durch den immer mächtiger werdenden Weltverkehr und die lebhaften Kolonisationsbestrebungen wurde die Existenz der Lepra in den meisten überseeischen Staaten nachgewiesen und in Europa durch einzelne im Auslande inficierte Fälle sozusagen ad oculos demonstriert. Ganz besonders aber wurde die Aufmerksamkeit auch der Laienwelt durch die Nachrichten aus den Hawaiinseln geweckt, wo die Krankheit in anscheinend kürzester Zeit eine erschreckende Verbreitung gefunden hatte, und die Kunde von dem Tod des Pater Damian (der nach langjährigem Aufenthalt daselbst auf der Lepraniederlassung Molokai nach circa 5jähriger Erkrankung 1889 starb) machte die Runde durch die ganze civilisierte Welt. Aber trotz alledem glaubt jeder Europäer, dafs die Lepra

weitab von ihm und er „weitab vom Schufs“ sei, und noch 1886 schrieb Leloir in einem grofsen Werk über die Lepra, dafs selbst das grofse ärztliche Publikum dieselbe noch wie eine prähistorische Krankheit ansähe. Nun aber beweisen die Fälle von Europäern, die in überseeischen Ländern inficiert wurden, welche gar nicht so sehr selten sind, dafs Europäer keineswegs eo ipso gegen Lepra gefeit sind, und da die Beziehungen Europas zu den übrigen, auch fernsten Weltteilen immer intimer werden, so scheint die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dafs die Krankheit gelegentlich einmal in stärkerem Grade nach Europa eingeschleppt würde und sich dort verbreite. Es scheint deshalb nur eine Pflicht der civilisierten Welt gegen sich selbst, den Spuren der Krankheit nachzugehen und Mittel und Wege zu suchen, sie einzudämmen und womöglich auszurotten. Wenn nun auch die Erscheinungsformen dieser Krankheit heute sorgfältig studiert sind und wertvolle Studien über den Bacillus von vielen Seiten vorliegen, wobei ich nur aufser den früher genannten noch an Hillis, Kaubin, Köbner, Unna und Dr. Arning erinnern möchte, der, wie jetzt Dr. Lutz, lange Zeit in Honolulu diesem Studium speciell oblag, so sind doch noch viele Punkte in betreff der Ätiologie und Verbreitung der Lepra unaufgeklärt, und man kann nur auf das lebhafteste wünschen, dafs die von dem englischen Komitee zur Erforschung der Lepra nach Indien entsandte Kommission in diesen Fragen zu definitiven Resultaten kommen möge. Daneben hat aber wohl jedes Land die Pflicht, der Lepra bei sich nachzuforschen, und jeder, den Gelegenheit oder Stellung dazu beruft, soll sein Scherflein zu ihrer Kenntnis beitragen. In diesem Sinne möchte ich in folgendem über das Ergebnis einer Enquete berichten, welche die Sanitäts-Direktion auf meine Veranlassung im vorigen Jahr in Ägypten veranstaltete.

Es war eine schon dem Altertum wohlbekannte Thatsache, dafs die Lepra in Ägypten heimisch sei. In der That reicht die Kenntnis derselben bis in die Uranfänge der Geschichte Ägyptens zurück. Wenigstens führt Brugsch in seiner *Histoire de l'Égypte* an, dafs nach einem Berliner Papyrus schon unter dem 5. Pharao Heilmethoden für die Lepra aufgezeichnet wurden. Da dies interessante Faktum bisher nicht richtig gewürdigt und wiedergegeben ist, so sei es mir vergönnt, die betreffende Stelle hier anzuführen. Es heifst in dem angeführten Manuskript nach Brugsch:

„Dies ist der Anfang der Summe aller Heilmethoden bösartiger Lepra. Es wurde in einer Handschrift sehr alten Ursprungs in einem Handschriftenkasten unter den Füfsen des göttlichen Anubis in der Stadt Soktem entdeckt, aus der Zeit, in welcher der gestorbene Sapti König war.“

Dieser König Sapti war aber nach der Tafel von Abydus der 4. Nachfolger Menas — des ersten überhaupt bekannten Königs von Ägypten, und lebte nach Brugsch um das Jahr 4260 vor Christus. Die Spuren der Lepra in Ägypten führen somit bis auf die allerersten Anfänge geschichtlicher Aufzeichnungen und den Beginn der Civilisation des Menschengeschlechtes zurück, als es kaum aus dem Dunkel prähistorischer Epochen heraustritt!

Es ist hier nicht der Ort, weiter auf die Geschichte der Lepra in Ägypten einzugehen. Ich möchte nur erwähnen, dafs die oft citierten Stellen aus den Büchern Mosis und auch des Alten Testaments, die vom Aussatz handeln, zu wenig präcis sind und mehrere verschiedene Krankheiten begreifen mögen, so dafs sie nur mit Vorsicht für die Lepra zu verwenden sind. Ja Prof. Münch, der sich eingehend mit dieser Frage beschäftigte, ist überzeugt, wie er anderweitig auseinandersetzt und mir mitzuteilen die Güte hatte, dafs unter dem betreffenden Wort Zârast der Bibel Lepra überhaupt nicht zu verstehen sei.

Im klassischen Altertum verbreitete sich, wie bekannt, die Lepra vom Orient

nach Griechenland und dann nach Italien, von wo sie sich anscheinend, wenn auch sehr allmählich, schon über das mittlere Europa ausdehnte; wenigstens existierten, wie Virchow nachwies, schon im 7. Jahrhundert Leproserien in der Schweiz, Metz, Verdun, Maëstricht etc. Die Verbreitung nahm aber erst später, als durch die Kreuzzüge ein intimerer und regerer Verkehr des Abendlandes mit dem Oriente zu stande kam, erschreckende Dimensionen an, welche dann zu den zum Teil grausamen Maßregeln zur Unterdrückung der Seuche und zur Bildung von circa 19000 Leproserien in der christlichen Welt führten.

Wenn nun auch in Indien (und vielleicht auch in China?) andere Ursprungsherde der Lepra existierten (in Persien wurden schon im 6. Jahrhundert vor Christo Absperrungsmaßregeln gegen sie erlassen) —, so steht wohl fest, daß Ägypten für die Durchseuchung Europas als die Wiege dieser Krankheit zu betrachten ist. Während aber das Abendland sich nach Jahrhunderten unsäglichen Leidens und Kampfes von dieser entsetzlichen Plage befreite, blieb sie an den Grenzen Europas, speciell im Norden, Süden und Südosten, stationär — und, wie wir sehen werden, ist sie in ihrem ursprünglichen Herde, Ägypten, wo sie zwar vielleicht nie in verheerender Weise um sich griff, bis heute keineswegs erloschen. Wenn nun auch eine große Zahl von Aufzeichnungen und Mitteilungen über die Lepra in Ägypten aus älteren und neueren Zeiten vorliegt, so ist doch, soviel mir bekannt, von seiten der Regierungen früher nichts gegen diese Krankheit geschehen, und selbst Mehemet Ali der Große, dem die hygienische Verbesserung des Landes so sehr am Herzen lag und der für dieselbe so viel that, fand keine Zeit, sich mit dieser Krankheit zu befassen. Er hatte gegen bösartigere Feinde, vor allem die Pest und die Pocken, zu kämpfen, zu denen dann auch noch die Cholera kam, welche die Bevölkerung decimierten.

Soviel ich sehe, hat zum erstenmal im Jahre 1882 der damalige Conseil de Santé — nach einer Aufforderung des Ministers des Innern — eine Zählung der Leprösen in Ägypten veranstaltet, die jedoch nach Angabe des Präsidenten selbst, laut den procès-verbaux des Conseils, nur als eine Schätzung bezeichnet wurde.

Es wurden damals von Ober- und Unter-Ägypten (nähere Details sind nicht vorhanden) im ganzen 1018, und zwar je 556 und 462 Fälle gemeldet, von denen 876 Männer, d. i. circa 86%, und 142 — gleich circa 14% — Frauen waren. Eine zweite summarische Berechnung ergab im Jahre 1889, als die vorliegende Enquete schon in Vorbereitung war, 1425 Fälle, also schon beträchtlich mehr, trotzdem von einzelnen Provinzen nur sehr lückenhafte Nachrichten eingegangen waren, z. B. von der Provinz Garbieh nur aus einem Distrikt.

Wie es mir nun aber seit der Gründung des sanitätsstatistischen Amtes unter Dr. Greene Pacha neben der Ordnung der Registrierung der Geburts- und Todesfälle, zunächst in den Städten, als eine Hauptaufgabe erschien, uns soviel wie möglich genau über das Auftreten und Vorhandensein von Infektionskrankheiten in Ägypten zu informieren, schien es alsbald im vitalsten Interesse des Landes, sowohl gegen seine eigenen Bewohner, wie in Anbetracht des jährlich steigenden Stromes von Fremden, welche Ägypten im Winter seines sonnigen Klimas halber aufsuchen, geboten, eine genauere Untersuchung über das Vorkommen der Lepra in Ägypten und wo möglich auch über den Charakter der Krankheit anzustellen, speciell im Hinblick auf die in neuerer Zeit immer mehr in den Vordergrund tretende Betonung ihrer Kontagiosität.

Die Enquete wurde nun nach meinen Entwürfen in der Weise vorgenommen, daß allen dem Gesundheitsamt unterstellten Stadt- und Landes-Distriktsärzten Ende 1889 Fragebogen zugestellt wurden, die sie bei ihren Nachforschungen, für welche

die gesundheitlich ruhigste Zeit, die ersten drei Monate des folgenden Jahres (1890) bestimmt wurden, zu benutzen, resp. auszufüllen hatten.

Die Übersetzung des eingegangenen grofsen Materials, für welche extra ein eingeborener Arzt und ein Schreiber engagiert werden mufsten, nahm sehr beträchtliche Zeit in Anspruch; es wurden nämlich, um es gleich hier vorweg zu sagen, im ganzen 2204 Fälle gemeldet; — die Sichtung und Durcharbeitung desselben, die ich dann allein besorgte, zog sich weiterhin über so viele Monate hin, dafs ich erst gerade jetzt dieselben so weit abschliefsen konnte, dafs ich ein vorläufiges Resumé darüber zu geben in der Lage bin.

Um möglichste Sicherheit zu gewähren und eine Kontrolle der notierten Fälle zu gestatten, mufste in die betreffenden Fragebogen jeder Kranke mit Datum, Ort, Name, Geschlecht und Beschäftigung eingetragen werden. Da es fraglich erscheinen konnte, ob die Krankheit immer richtig erkannt war, und es auch aufserdem, wie angegeben, sehr wünschenswert schien, uns über die Natur der Krankheit zu orientieren, mufsten aufser den Personalien noch Notizen über den Status der Krankheit, die Dauer und Anfangssymptome, sodann über etwaige Ansteckung oder Vererbung oder anderweitige angegebene ätiologische Momente, schliefslich allgemeine Bemerkungen über etwaige frühere Behandlung etc. gemacht werden.

Was nun die Richtigkeit der Diagnose, die zunächst als das Wichtigste erscheint, anlangt, so mufs ich konstatieren, dafs ich nach Durchsicht der angegebenen Symptome im allgemeinen den Eindruck gewonnen habe, dafs die Krankheit in den gemeldeten Fällen — mit verschwindend kleinen Ausnahmen vielleicht — richtig erkannt ist. Bei den aufserordentlich charakteristischen Symptomen älterer Fälle scheint es ja auch an sich schwer möglich, sich zu irren. Irrtümer sind immerhin aber möglich, denn zweifelsohne kann die Diagnose in einzelnen Fällen Schwierigkeiten bieten, wie auch Leloir hervorhebt, besonders wo es sich etwa nach Ansicht des betreffenden Arztes um Anfangsstadien der Krankheit handelt, und hier sind mir in der That bereits zwei Fälle diagnostischer Irrtümer, und zwar in Rosette, aufgestofsen. Diese Fälle mit kürzerer Krankheitsdauer sind aber in nur verschwindend geringer Zahl vertreten, wie wir später sehen werden. Andererseits ist mir dagegen eine Reihe von älteren Fällen bekannt, die nicht registriert worden sind, so dafs die Gesamtzahl, wenn wir die Fälle mit kürzerer Dauer bis vielleicht zu 3 Jahren selbst ausschliefsen wollten, mit Wahrscheinlichkeit dennoch nicht niedriger, sondern vielmehr höher angenommen werden dürfte. Es sind inzwischen durch neuere Erhebungen in einzelnen Distrikten auch in der That noch neue Fälle bekannt geworden.

Es scheint sich dies auch aus der Betrachtung der Beteiligung der Geschlechter zu ergeben. Es wurden nämlich von den 2204 gemeldeten Fällen 1773 männliche d. h. circa 80%, und nur 437 weibliche Kranke, d. h. circa 20%, notiert. Wenn nun auch im allgemeinen angenommen wird, dafs das männliche Geschlecht stärker von der Lepra befallen wird, so ist das hier angegebene Verhältnis doch ein sehr auffälliges. Auf den Hawaiinseln waren von 3076 in 20 Jahren (von 1866—86) nach Molokai gesendeten Leprösen 1972 Männer und 1104 Frauen, also circa $^2/_3$ Männer und $^1/_3$ Frauen. Die so geringe in Ägypten notierte relative Beteiligung des weiblichen Geschlechtes ist aber doch wohl nur scheinbar und wird seinen Grund in der eigentümlich zurückgezogenen Stellung der Frau im Orient haben, die auch sonst so vielfach auffällt, was uns veranlafst zu glauben, dafs sich ein nicht unbeträchtlicher Teil der Untersuchung entzogen haben möchte.

Der Befund Prof. Münchs aus Südrufsland ist in dieser Beziehung sehr lehrreich. Er fand im allgemeinen unter 413 Fällen 229 männliche und 174 weibliche. Rechnete er aber die Mohammedaner, die Sarten etc. davon ab, nämlich 119 männliche,

circa $^2/_3$, und 68 weibliche, circa $^1/_3$, bei denen er angiebt, dafs sich die Frauen oft nicht zur Untersuchung stellen wollten, so ergab sich für die rein russischen Ansiedler 110 männliche und 116 weibliche Kranke — also ein Überwiegen des weiblichen Geschlechtes.

Wenn wir uns erinnern, dafs bei der Schätzung von 1882 die Frauen in noch kleinerem Procentsatz vertreten waren, so dürfen wir, denke ich, schliefsen, dafs bei dieser sorgfältiger durchgeführten Erhebung die leprösen Frauen zwar etwas mehr zur Untersuchung herangezogen, aber doch wohl schwerlich alle aufgefunden wurden.

Auch die aus den Berichten sich ergebende Verteilung der Lepra[1] über die Provinzen und Distrikte und Städte Ägyptens ergiebt, dafs die gefundene Zahl eher zu niedrig sein wird. Zunächst ist schon die ganze „Province de la Frontière" ausgeschlossen, mit Assuan und Wady Halfa etc., welche unter dem Kriegsministerium steht und von welcher uns keine Fälle gemeldet sind; sodann sind aus den Städten, speciell Kairo und Alexandrien, eine ganz geringe Zahl (je 4) angezeigt und ebenso wenig aus den Provinzen Guizeh Beni-Souef, Fayoum, Minieh. Zu ausgedehnteren Nachforschungen hatte ich nun bisher keine Zeit, allein zum Teil aus der eigenen Praxis, zum Teil aus gelegentlichen Nachfragen sind mir sowohl aus Alexandrien, wie Kairo, wie auch aus einem Dorf in Guizeh eine Reihe von Fällen bekannt, die nicht in die Listen mit aufgenommen waren.

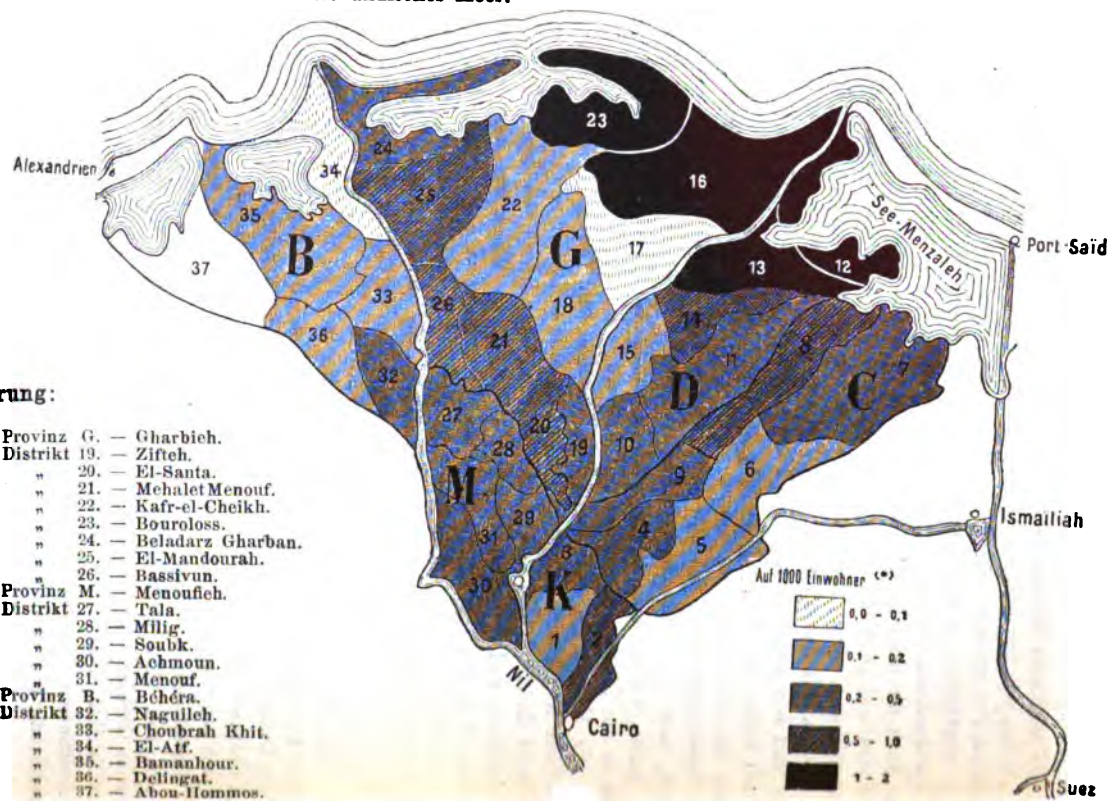
Die Erhebungen sind natürlich, solange kein Gesetz über die Anzeigepflicht infektiöser Krankheiten existiert, überhaupt sehr schwierig und in den grofsen Städten gar nicht durchzuführen, während man auf dem Lande von dem guten Willen der Dorfschulzen und den Kranken selbst abhängig ist. Wenn wir nun aber auch annehmen, dafs dieser in den verschiedenen Provinzen wechselt, sowie auch vielleicht, dafs die Distriktsärzte nicht alle mit derselben Geschicklichkeit und Eifer diese Erhebungen anstellten, so ergiebt sich doch aus der Zusammenstellung der eingegangenen Berichte eine so auffallend ungleiche Verteilung der Leprakranken, dafs sie sich aus diesen Gründen nicht erklären läfst.

Während Unter- und Ober-Ägypten zum Teil recht zahlreiche Fälle aufweisen, scheint Mittel-Ägypten auffallend wenig ergriffen. In Unter-Ägypten treten die Provinzen Dakalieh und Garbieh und in ihnen speciell einzelne Distrikte, dann Menoufieh und Charkieh durch grofse Zahlen hervor, während andererseits die Behera sehr schwach ergriffen ist. Um eine annähernde Idee von der relativen Verteilung auf die Einwohnerzahl zu gewinnen, habe ich die gemeldeten Fälle auf die durch den Census von 1882 angegebene Einwohnerzahl nach Distrikten berechnet. Für die Provinz Garbieh war dies insofern schwierig, als seit dem Census in der Einteilung der Distrikte eingreifende Veränderungen stattgefunden haben. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, dafs trotz der darauf verwendeten Sorgfalt sich Fehler in meiner Berechnung auf den ohnehin nicht mehr mafsgebenden Census von damals eingeschlichen haben. Es können diese Berechnungen deshalb durchaus nur als approximative Werte gelten.

Die hauptsächlich attackierten Distrikte des Deltas sind nach dieser Aufstellung Dekirnifs und Farascour in der Dakalieh mit je 1,60‰ und 1,34‰, sodann Choubrah in der Kalioubieh mit 0,80‰, Ibrahimieh in der Charkieh mit 6,76‰, Mansourah mit 0,61‰ in der Dakalieh, Mehall et Menouf, Santa, Mandoura, Bassioun in der Garbieh mit je 0,75‰, 0,66‰, 0,57‰ und 0,54‰. Die übrigen Distrikte Unter-Ägyptens ergeben unter 0,5‰. Um diese Verteilung, soweit ich sie feststellen konnte, zu veranschaulichen, habe ich sie in einer Karte Unter-Ägyptens in meinem Bureau graphisch eintragen lassen; von Ober-Ägypten war es mir bisher leider nicht möglich, eine Distriktskarte zu erhalten, da eine solche bisher nicht fertig gestellt ist.

[1] Siehe die beifolgende Liste. pag. 564ff.

Verteilung der Leprakranken auf die Distrikte.



Erklärung:

Provinz K. — Kalioubieh.
Distrikt 1. — Kalioub.
„ 2. — Choubrah.
„ 3. — Coukh.
Provinz C. — Charkieh.
Distrikt 4. — Minet-el-Kamh.
„ 5. — Bilbeis.
„ 6. — Sawaleh.
„ 7. — El-Arine.
„ 8. — Ibrahimieh.
„ 9. — El-Kanayat.
Provinz D. — Dakahlieh.
Distrikt 10. — Mit-Gamr.
„ 11. — Simbellawen.
„ 12. — Farascour.
„ 13. — Dekernes.
„ 14. — Mansourah.
„ 15. — Mit. Samanoud.
Provinz G. — Gharbieh.
Distrikt 16. — Baladarz Charkan.
„ 17. — Biala.
„ 18. — Mehalla Kobra.

Provinz G. — Gharbieh.
Distrikt 19. — Zifteh.
„ 20. — El-Santa.
„ 21. — Mehalet Menouf.
„ 22. — Kafr-el-Cheikh.
„ 23. — Bouroloss.
„ 24. — Beladarz Gharban.
„ 25. — El-Mandourah.
„ 26. — Bassivun.
Provinz M. — Menoufieh.
Distrikt 27. — Tala.
„ 28. — Milig.
„ 29. — Soubk.
„ 30. — Achmoun.
„ 31. — Menouf.
Provinz B. — Béhéra.
Distrikt 32. — Naguileh.
„ 33. — Choubrah Khit.
„ 34. — El-Atf.
„ 35. — Bamanhour.
„ 36. — Delingat.
„ 37. — Abou-Hommos.

(*) Volkszählung: 1882

Ein Blick nun auf die Karte lehrt, dafs mit einigen Ausnahmen die am schwersten heimgesuchten Distrikte im Nordosten am See Menzaleh und Mittelmeer liegen, dafs die mittleren Landesteile ziemlich gleichmäfsig in mittlerer Stärke ergriffen erscheinen, während die im Nordwesten liegende Provinz Behera am wenigsten beteiligt ist. Von den Gouvernoraten Kairo, Alexandrien etc. weisen nur Damiette und Rosette beträchtliche Zahlen auf. Die Provinzen Mittel-Ägyptens Guizeh, Beni-Souef, Fayoum und Minieh zeichnen sich dann bis auf den Distrikt Minieh durch verschwindend kleine Zahlen aus, während diese für Assiout, Keneh, Guergueh wieder beträchtlich steigen — und in den Distrikten Manfalout, Mellawi, Abou Tig der Provinz Assiout je 1,1 %oo, 1,0 %oo und 0,85 %oo ergeben.

Es wird von besonderem Interesse sein, die Richtigkeit dieser so verschiedenen Verteilung durch Nachprüfungen festzustellen und eventuell Gründe für dieselbe aufzufinden, für die ich vorläufig auch nicht Vermutungen vorzubringen vermöchte. (Siehe pag. 570).

Wenden wir uns nun dem Alter der Erkrankten zu, so mufs ich vorausschicken, dafs die Notizen darüber um so mehr mit Reserve aufzunehmen sind, als wir es ja fast ausschliefslich mit Bewohnern des Landes zu thun haben, und die Bevölkerung durchweg bisher nicht gewohnt war, sich viel um ihr Alter zu kümmern. Es beruhen die Angaben also nur auf approximativen Schätzungen. Aus diesem Grunde habe ich ganz davon abgesehen, zahlreiche Altersklassen aufzustellen, sondern habe, um möglichst Fehlerquellen zu vermeiden, mich auf einige Hauptgruppen beschränkt. Von 2111 Fällen, in denen dasselbe notiert wurde, verteilt sich das Alter, wie folgt:

Zwischen	0— 5	Jahre	alt	waren	= 0	Kranke
„	5—15	„	„	„	= 116	„
„	15—30	„	„	„	= 860	„
„	30—50	„	„	„	= 942	„
„	50—80	„	„	„	= 192	„
„	80—×	„	„	„	= 1	„

Die bei weitem gröfsere Mehrzahl der Kranken stand danach in dem Alter von 15—50 Jahren, fast 90 %. Es stimmt dies ungefähr mit einer Alterasliste von 798 Leprösen aus Molokai, die mir vorliegt, überein; unter ihnen befanden sich 39 unter 10 Jahren, 625 zwischen 10—50 Jahren und 134 über 50. Die relativ hohe Zahl der letzteren ist bemerkenswert.

Unter 5 Jahren befand sich, wie wir sahen, in unserer Liste kein Kind, und, nebenbei bemerkt, nur 6 unter 8 Jahren. Die allgemeine Erfahrung hat gelehrt, dafs unter 3—5 Jahren, wie auch Leloir angiebt, die Krankheit aufserordentlich selten beobachtet wird, und Pruner giebt aus Ägypten an, kein lepröses Kind unter 6 Jahren gesehen zu haben. Trotzdem mufs ich glauben, dafs auch hier einzelne Fälle aus diesem Alter nicht zur Kenntnis der Ärzte kamen, wenigstens glaube ich, bei einem ungefähr 2jährigen Kinde in der Provinz Guizeh Lepra annehmen zu müssen (welches nach Angabe des leprösen Vaters, der zufällig in meine Behandlung kam, seit circa 7 Monaten unter Auftreten von Flecken erkrankt ist), falls es sich nicht doch um Syphilis handelt, wogegen zwar die vorzüglichen Zähne sprechen, was sich aber erst nach dem Erfolg der eingeleiteten Behandlung mit Sicherheit wird sagen lassen.[1]

Ich unterlasse es, nach Abrechnung der Dauer der jedesmaligen Erkrankung, eine Berechnung des Alters anzustellen, in welchem die Krankheit begonnen hat, da uns aus dem oben angeführten Grunde das Material um so weniger dafür geeignet scheint, als auch die Angaben über die Dauer der Krankheit ja ihrerseits auch nur als approximative zu betrachten sind.

[1] Hat sich inzwischen als Syphilis erwiesen.

In betreff der Form der Krankheit, in welcher sie in Ägypten auftritt, konnten wir natürlich nach der ganzen Art des Materials nur summarische Aufschlüsse erwarten. Da man die Lepra nur ganz ausnahmsweise in die Hospitäler aufnahm, so hatte der ägyptische Regierungsarzt kaum Gelegenheit, sich auf seinem Studiengange mit dieser Krankheit vertraut zu machen, und hat aufserdem so manche Obliegenheiten, dafs er so zeitraubende Untersuchungen natürlich um so eher zu kürzen sucht, je mehr derartige Kranke zu untersuchen waren. In der That sind die Angaben denn auch sehr häufig zu wenig präcise und eingehend, um sie hier verwerten zu können. Es wird z. B. häufig nur Lepra mutilans angegeben unter kurzer Bezeichnung der Verstümmelungen, so dafs nicht ersichtlich ist, aus welcher Form diese Mutilationen hervorgingen, andererseits wird nicht selten „gemischte Lepra" notiert, wo anscheinend die tuberkulöse (resp. anästhetische) Form mit Flecken einherging.

Im ganzen scheint sich aus den Notizen zu ergeben, dafs die gemischte, tuberkulös-anästhetische — respektive nach Leloir — trophoneurotische Form, wohl am häufigsten vertreten ist. Es scheint aber auch eine grofse Zahl rein tuberkulöser und rein ästhetisch-trophoneurotischer Formen vorzukommen. Ich habe 848 Fälle, die am eingehendsten referiert waren, herausgegriffen und zwar fast genau die Hälfte in Unter-Ägypten, die Provinz Garbieh mit 420 Fällen, und andererseits Keneh und Girgueh in Ober-Ägypten mit 428 Fällen, um sie auf diese Frage hin zu prüfen. Es ergaben sich davon 332 Fälle als gemischte, 223 als anästhetische und 34 als Lepra mutilans bezeichnet, die vielleicht zu letzterer zu rechnen sind; aufserdem 95 fraglich gemischte; 147 sind als rein tuberkulöse geschildert und 17 schliefslich als makulöse. Dabei wiegt unter ihnen in Ober-Ägypten die gemischte Form bedeutend vor; sie bildet ungefähr die Hälfte (229) der sämtlichen 428 Fälle, zu denen vielleicht noch 49 als fraglich gemischt zu rechnen wären, während die rein tuberkulöse und anästhetische Form nur je 67 resp. 70 mal vorkommt. In der Garbieh dagegen überwiegt die anästhetische Form, wenngleich auch die gemischte zahlreich vertreten ist; es sind 153 anästhetische mit 30 fraglichen und 103 gemischte mit 46 fraglichen Fällen notiert, während auf die tuberkulöse nur 80 kommen. Es mufs weiteren Untersuchungen überlassen bleiben, aufzuklären, ob diese Verteilung der verschiedenen Formen in Wirklichkeit vorhanden ist oder nur auf ungenügenden Beobachtungen basiert. Immerhin mufs ich sagen, dafs es nach meinen persönlichen, allerdings noch nicht zahlreichen Erfahrungen in der That den Anschein hat, als ob in einzelnen Dörfern und vielleicht ganzen Strecken die eine oder andere Form vorwiegt.

Was die makulöse Form anlangt, so wird von den Autoren ja eine solche nicht mehr angenommen[3] — Leloir tritt speciell dagegen auf — und dieselbe nur als Anfangsform oder Teilerscheinung der beiden anderen Formen betrachtet. Da aber in einigen der citierten Fälle eine Dauer der Krankheit von 10 Jahren und mehr notiert wurde, so bleibt nachzuforschen, ob hier nur ungenügende Angaben vorliegen, oder ob doch vielleicht reine Fleckenlepra vorliegt, Morphoea nigra etc. der älteren Autoren.

Verstümmelungen sind sehr zahlreich; von 2149 Fällen sind solche in 893 notiert, also in über 41 %, wobei Zerstörungen des Septum narium nicht mitgezählt sind, sondern nur event. Zerstörungen der Nasenflügel. Am häufigsten traten die Verstümmelungen an den Händen und Füfsen zugleich auf, und zwar 430 mal, dazu kommen noch 15 Fälle, in welchen auch Zerstörungen der Nase vorlagen; die Hände allein finden sich häufiger verstümmelt, als die Füfse — je 260 und 129 Fälle, wozu noch 11 resp. 7 mit Nasenzerstörungen kommen. Zerstörungen der äufseren Nase

[3] Die makulöse Art der älteren Autoren ist in reiner Form viel häufiger als die neueren Lehrbücher annehmen. Es sind die vasoneurotischen Exantheme C. Boecks, die Neurolepride Unnas. Red.

allein finden sich 41 mal notiert, während die des Septum narium aufserordentlich zahlreich sind. Ich gehe hier nicht näher auf ziffernmäfsige Details ein und will nur anführen, dafs der Abfall ganzer Finger und Zehen nicht selten, in einem und dem anderen Fall der der ganzen Hand, ja einmal selbst eines Teiles des Vorderarmes angegeben ist. Die Fälle mit Verstümmelungen der Hände und Füfse trophoneurotischer Form scheinen insofern günstig, als nach dem Abfall des erkrankten Teiles nicht selten ein Stillstand eintritt, und wie schon Pruner, der diese Art als „Lepra articulorum" bezeichnete, bemerkte, die Kranken sich danach wieder im übrigen ziemlich wohl befänden, abgesehen von etwaigen Verkrümmungen, Atrophien und Lähmungen an den Extremitäten.

Verkrümmungen und Difformitäten sind natürlich gleichfalls aufserordentlich zahlreich notiert, ebenso Eiterungen und Geschwüre, letztere besonders in der Nase und Rachen. Das Gesicht ist ja bekanntlich eine der Hauptprädilektionsstellen, besonders der tuberkulösen Form, und findet sich Leontiasis demgemäfs sehr zahlreich. Verlust der Augen ist aber relativ recht selten notiert, und dürfte es dann in dem Lande der Augenkrankheiten κατ' ἐξοχήν schwer zu entscheiden sein, ob derselbe auf lepröse Affektionen zurückzuführen ist. Häufig ist ein Foetor ex nasu et ore angegeben und relativ nicht so selten Verlust des Geruches. Überaus häufig ist der Ausfall der Augenbrauen und Lidhaare, sodann der Barthaare citiert. Ob der einige wenige Male angeführte Verlust des Haupthaares auf Lepra zu beziehen ist, dürfte nach Leloir unwahrscheinlich sein; es wird von Interesse sein, auch diese Fälle näher zu prüfen.

Was weiter die Dauer der Erkrankung anlangt, so sind die betreffenden Notizen nur mit Reserve aufzunehmen, da sie nicht auf direkten Beobachtungen, sondern auf den Angaben der Kranken beruhen. Für Zeitbestimmungen haben aber die Ägypter überhaupt wenig Sinn, und sind ihre Angaben deshalb schon an und für sich unpräcise. Dies dürfte aber wohl mehr oder weniger für die meisten Leprösen zustimmen, um so mehr, wenn die Krankheit nicht mit scharfen Symptomen, sondern mehr oder minder schleichend einsetzt. Da nun aber z. B. selbst Fieber auch sonst hier häufig sind, wird dasselbe wohl oft nicht als Anfangssymptom der Lepra aufgefafst werden, und kommt den Kranken hier noch seltener als solches zur Wahrnehmung vielleicht im allgemeinen der Fall ist. Von 1008 Fällen, die ich auf die Anfangssymptome näher prüfte, war mehr oder minder heftiges und anhaltendes oder wiederholtes Fieber nur in 33 Fällen notiert. Was etwaige nervöse Störungen anlangt, zum Beginn der Erkrankung, so sind solche als Gefühl von Kälte oder Brennen, Hyperästhesie, Prickeln, Ameisenkriechen, Zucken und schliefslich selbst sehr heftige Schmerzen im ganzen in 463 angegeben. Aber ebenso wie das Fieber geben sie wegen ihres wechselnden Verhaltens, zeitweiligen Verschwindens und Wiederauftretens, resp. Exacerbationen und langer Andauer kein präcises Merkmal des Beginnes der Krankheit. So wird der Anfang der Erkrankung sehr häufig auf eine Zeit verlegt, wo schon sehr greifbare Zeichen der Lepra, zahlreiche Flecken, Tuberkeln, Schwellungen, Entzündungen, Anästhesien und Atrophien bemerkt werden. Deshalb wird man im allgemeinen eine längere Zeitdauer als die angegebene annehmen müssen, wie auch z. B. Münch für seine südrussischen Fälle 3 Jahre für die Inkubation hinzurechnet.

Die Lepra ist nun überhaupt ja eine ausgesprochen chronische Krankheit, wenn auch hie und da schnell verlaufende Fälle bekannt geworden sind, und zeigt in Ägypten nach unseren Notizen einen starken prononcierten chronischen Charakter, wie aus folgenden Zahlen erhellt.

In 2091 Fällen, die Angaben darüber enthalten, war notiert:

eine Dauer von	0—	1	Jahre in	26	Fällen
„ „ „	1—	5	„ „	524	„

eine Dauer von 5—15 Jahre in 1186 Fällen
„ „ „ 15—30 „ „ 314 „
„ „ „ über 30 „ „ 31 „

Pruner hatte zwar gemeint, dafs auch hier die Lepra bisweilen einen akuten Verlauf haben könne; allein aus unserem Material scheint sich ein ganz besonders chronischer Verlauf zu ergeben, was ich in meinen Privatbeobachtungen bestätigt finde, und wenn auch in einigen Fällen die Kranken in kürzerer Zeit in ihrer Gesundheit, Aussehen und freiem Gebrauch ihrer Gliedmafsen beeinträchtigt werden und auch Verstümmelungen schnell eintreten mögen, so glaube ich doch, dafs in wenigen Jahren zum Tode verlaufende Fälle, wenn sie hier überhaupt vorkommen, in Ägypten zu den allergröfsten Seltenheiten gehören. Es scheinen diese Verhältnisse für die Lepra ähnlich in Ägypten zu liegen, wie bei der Syphilis, was mit dem Klima zusammenhängen mag.

Während dieser stark chronische Verlauf übereinstimmt mit den allgemeinen, speciell europäischen Erfahrungen, scheint dies auf den Hawaiinseln anders zu liegen. Leider verfüge ich nur über einen Bericht, welcher über die Dauer Angaben enthält; es währte danach zur Zeit der Untersuchung die Krankheit

von 0— 1 Jahre in 15 Fällen
„ 1— 3 „ „ 94 „
„ 3—10 „ „ 39 „
„ 10—15 „ „ 23 „

Diese Zahlen weichen doch sehr beträchtlich von den unseren ab, da die Fälle mit einer unter 3jährigen Dauer fast 64% derselben ausmachen. Da diese Angabe aus der Anfangszeit der Absperrung der Leprösen aus dem Jahre 1868 stammt, wo dieselbe noch keineswegs rigorös vorgenommen wurde, so ist man doch wohl berechtigt, anzunehmen, dafs die Krankheit die Patienten schon in den wenigen Jahren so arg mitnahm, dafs sie sich den Nachforschungen nicht entziehen konnten, denn gern und freiwillig ging niemand in das „offene Grab", wofür Molokai damals gehalten wurde. Wir werden daraus schliefsen, dafs die Lepra einen viel akuteren Charakter auf den Hawaiinseln hat, als in Ägypten.

Auch die grofse Zahl der auf Molokai Sterbenden spricht dafür. Von 1866—76 starben von 1570 Kranken 872, und in den 20 Jahren von 1866—86 von 3076 Kranken 2263. Die Absperrung war, wie wir schon anführten, bis in die letzte Zeit nicht so rigorös gehandhabt, und können wir als jährlichen Bestand in der Zeit vielleicht 700 Kranke annehmen (1868 waren es 126, 1876 698, 1879 802, 1886 653, während ihre Zahl 1890 auf 1159 stieg!). Wenn nun die 2263 Verstorbenen auf das Jahr mit 113 Todesfällen im Durchschnitt verteilt werden, so giebt dies eine Mortalität von über 16% im Jahre. Um uns schon jetzt, so gut es ging, über die Sterblichkeit der Leprösen in Ägypten zu informieren, veranlafste ich eine weitere Enquete über eventuelle Todesfälle bei circa 1000 der uns ursprünglich gemeldeten im Monate Juni. Die Ermittelungen konnten aus verschiedenen Gründen nur teilweise durchgeführt werden, und so konnte nur über einen Teil der Gesuchten Nachricht gegeben werden, und zwar liefen über 663 Fälle Berichte ein; es waren von ihnen gestorben 69, am Leben 594; es gäbe dies eine Mortalität für beinahe 1½ Jahre von 10,4%, für das Jahr von circa 7—8%, also beiläufig die Hälfte derjenigen auf den Hawaiinseln!

Wir nähern uns damit dem wichtigsten Kapitel: der Bedeutung, welche die Lepra in staatshygienischer Beziehung hat.

Bei der Verteilung der Leprösen über Ägypten habe ich schon hervorgehoben, dafs es in den Städten, speciell in Alexandrien und Kairo, entschieden mehr Fäl

gäbe, als aufgeführt sind. Eine bemerkbare Zahl ist nur in Damiette und Rosette angegeben. Trotzdem ist es auffallend, dafs in den grofsen Städten Lepröse immerhin in relativ sehr geringer Zahl vorhanden sind und, ich glaube sagen zu dürfen, nie öffentlich gesehen werden. Es ist nun aber bekannt, dafs die Leprösen in Ägypten in keiner Weise abgesperrt werden, sondern völlige Freiheit der Bewegung genieſsen, und an und für sich also kein Grund vorhanden ist, warum sie in den grofsen Städten nicht relativ ebenso häufig sein sollten, wie auf dem Lande. Es ist jedoch eine allgemeine Erfahrung, dafs die Leprösen sich nicht etwa nach den grofsen Städten hinziehen, sondern daraus verschwinden, was wohl mit dem in den Städten höheren Kulturzustand der Bevölkerung zusammenhängt.

Bei der merkwürdigen fatalistischen Ergebung, mit der die Araber ihr Geschick und Krankheiten zumal früher ertrugen — ohne Arzt und Kampf (in die Hospitäler wurden die Leprösen nur zeitweise aufgenommen) —, ist es danach um so weniger wunderbar, dafs die Lepra den europäischen Ärzten weniger aufgestofsen sein mag und noch so wenig aufstöfst, wenn man sie nicht geradezu aufsucht, wie es übrigens in den eingangs citierten Ländern gleichfalls der Fall gewesen ist. Darauf mag es beruhen, wenn Pruner von den „wenigen Leprakranken in Ägypten“ spricht. Ich kann wenigstens unbedingt nicht annehmen, dafs sich die Lepra seit Pruner in Ägypten irgend wesentlich vermehrt haben sollte. Es geht auch aus früheren Schriftstellern und z. B. aus Larreys Berichten aus der Zeit der französischen Expedition hervor, dafs die Lepra zu Anfang des Jahrhunderts keineswegs selten war, wo auch unter den französischen Soldaten — er citiert selbst einen Officier — die Krankheit vorkam. Dafs wir aber jetzt eine so wesentlich höhere Zahl Lepröser als 1882 und noch 1889 erhielten, erklärt sich in sehr natürlicher Weise dadurch, dafs die damaligen Ziffern auf Schätzungen beruhen, während diesmal sorgfältiger vorgegangen wurde, und deshalb mehr Fälle ans Tageslicht gezogen worden sind.

Wie sich nun aus dem früheren ergiebt, befindet sich mit geringen Ausnahmen die Gesamtzahl der Leprösen auf dem Lande. Demgemäfs sind auch die Fellachen, die Ackerbauer, diejenige Klasse der Bevölkerung, welche das bei weitem gröfste Kontingent Erkrankter stellen. Von 1712 Fällen, in denen über den Stand Auskunft gegeben wird (er ist speciell bei Frauen häufig nicht notiert), sind 1310 lepröse Fellachen, also 76%, und nur 202, die eine andere Profession haben, wovon auch noch ein Teil der Arbeiter, die „Wasserschöpfer“, eigentlich zu ersteren hinzugerechnet werden müfsten. Unter den Professionisten sind alle möglichen Stände vertreten: sefshafte und fliegende Händler aller Art, Tischler, Maurer, Barbiere, Bäcker, Schlächter, Bootsleute, Schreiber, Lehrer, Serrafs (Steuereinnehmer), Cheiks, Prediger; natürlich alle in sehr kleinen Zahlen. Als völlig beschäftigungslos, also der ärmsten Klasse angehörig — Bettler mit anderen Worten — sind davon 201 Kranke notiert; zu ihnen wird noch ein Teil, der ohne Angaben ist, hinzugerechnet werden müssen. Schliefslich ist einleuchtend, und geht dies noch aus einer gleich zu erwähnenden anderen Erhebung hervor, dafs auch von den Ackerbauarbeitern der gröfsere Teil unter die Armen zu rechnen ist. Wie wir aber sahen, ist die Lepra nicht auf die Armen beschränkt, vielmehr sucht sie ihre Opfer in den verschiedensten Ständen, und findet sich auch bei auskömmlich und gut situierten Personen. Während nun in Hinsicht auf diesen Punkt sich im allgemeinen keine auffälligen Verschiedenheiten in verschiedenen Distrikten zeigen, ist doch hervorzuheben, dafs die Professionslosen, d. h. Arme und Bettler, in ganz besonderer Zahl aus Dekernifs und Farascour gemeldet wurden.

Bis zur Entdeckung des Bacillus spielte Armut und schlechte Nahrung, wie bei den andern Infektionskrankheiten, auch in der Ätiologie der Lepra eine grofse Rolle.

Aber auch jetzt ist HUTCHINSON noch seiner Fischtheorie treu geblieben, und auf dem Berliner Internationalen Medicinischen Kongrefs urgierte er dieselbe wieder auch für die Hawaiinseln gegen ARNING.

Ich mufs nun hier anführen, dafs es mich bei der bemerkenswerten Verteilung der Lepra über Ägypten zunächst frappierte, dafs die Distrikte am See Menzaleh und Mittelmeer, sowie Rosette besonders von der Lepra heimgesucht sind, da ich annahm, dafs dort Fischnahrung ganz speziell vorwiege, und bekannt ist, dafs dort der „Fesich" bereitet wird — ein Fisch, der auf die allerprimitivste Weise konserviert wird, indem er in den Sand gelegt und der Sonne ausgesetzt wird und so in einen eigentümlichen Zustand der Verfaulung gerät (was sich schon von weitem durch intensiven Gestank bemerkbar macht), und der von dort in grofsen Fässern und Körben in den Handel kommt. Speciell im Hinblick darauf veranstalteten wir eine dritte Enquete über den Wohlstand und die Nahrung der Bewohner der verschiedenen Provinzen. Das Resultat dieser Erhebung war jedoch dies, dafs die Fisch- ebenso wenig wie andere Nahrung für die Verbreitung der Lepra angeschuldigt werden kann. Es stellte sich nämlich heraus, dafs, abgesehen davon, dafs auch die Ärmsten zu gewissen Zeiten des Jahres überall frische Gemüse und Obst haben, die Nahrung zwar im allgemeinen als eine ungenügende bezeichnet wurde, speciell frisches Fleisch nur selten gegessen wird, dagegen vielfach getrocknetes, minderwertiges Brot aus Mais, Gerste etc. und viel konservierte Speisen, als: Gemüse, resp. Obst, in Salz, Essig etc., Käse mit Salz und Molken, ebenso Fleisch und ganz besonders Fische, letztere schlecht konservierten Gerichte aber überall einen Hauptbestandteil der Nahrung bilden, und speziell auf angegebene Art konservierte Fische desgleichen in Unter- wie in Ober-Ägypten, in stark leprösen wie in den freien Distrikten, genossen werden.

Es fällt dabei noch besonders auf, dafs, während im allgemeinen über schlechte Nahrung geklagt wurde, für Assiout, Keneh und Guergueh, wo doch die Lepra gleichfalls ziemlich stark vertreten ist, die Situation und Nahrung der Bevölkerung als eine im ganzen und grofsen zufriedenstellende und genügende angegeben wird.

Die Theorie der verdorbenen Fischnahrung kann ich danach auch für Ägypten nicht als Ursache der Lepra annehmen, da wir sonst eine gleichmäfsige Verteilung derselben verlangen und erwarten müfsten und ihr die auffällige Verschiedenheit der Verbreitung der Krankheit strikte entgegensteht.

Von allgemeinen ätiologischen, aufserhalb des Menschen liegenden Momenten hat aufser der Fischtheorie keine eine irgend nennenswerte und diskutierbare Bedeutung erlangt. Das Absurde der aus Brasilien bisweilen angeschuldigten Schweinefleischnahrung ergiebt sich zur Genüge daraus, dafs die Araber überhaupt kein Schweinefleisch essen. Ich will nur noch kurz erwähnen, dafs, ähnlich wie LELOIR bemerkte, einige Male heftiger Schreck als Ursache der Krankheit genannt wird, und einmal — ein Kuriosum — 6 Tage langes Hungern, wonach sich der Betreffende dann zum Übermafs gesättigt haben will!

Nach Entdeckung des Leprabacillus mufs derselbe der Ausgangspunkt aller ätiologischen Forschungen bleiben, und wenn die Impfversuche bislang zum Teil nicht glückten, zum Teil nicht einwandsfrei waren — auch der Fall ARNINGS, die Impfung eines Mörders in Hawai, ist wohl nicht absolut beweisend —, so scheint es ja neuerdings ORTMANN in Königsberg positiv geglückt zu sein, Kaninchen leprös zu machen (?), und wir werden hoffen dürfen, dafs die vielfachen ätiologischen Fragen, die noch der Lösung harren, sich auch allmählich aufklären werden. Einstweilen werden wir uns aber für die Frage der Verbreitung der Krankheit noch an den Träger des Bacillus, den Menschen selbst, halten müssen, und hier tritt uns als die

wichtigste Frage: Heredität oder Kontagium? entgegen, die von den meisten neueren Forschern im Sinne der Kontagiosität entschieden ist.

Was ergiebt unser Material in Bezug auf diese Frage? Von 2149 Fällen wurden in 348 Verwandte in ascendenter Linie oder in gleichartiger, als vor dem betreffenden Patienten erkrankt, angegeben, und zwar 25 mal die Grofseltern (6 mal Grofseltern schlechtweg, 16 mal der Grofvater, 3 mal die Grofsmutter). In 106 Fällen war der Vater erkrankt, in 49 die Mutter, in 40 Onkel oder Tanten (dazu 2 fragliche Fälle), in 79 Fällen ein oder mehrere Brüder, in 26 Schwestern (und 1 fraglicher Fall), 19 mal Cousins (2 fragliche Fälle). Dazu kommen noch 4 nicht näher bestimmte Verwandte. In descendenter Linie waren zuerst 4 mal der Sohn, 3 mal die Tochter und 2 mal Neffen erkrankt; von Verheirateten 11 Fälle, und zwar 8 mal vorher der Mann, 3 mal die Frau. Aufserdem wurden noch 2 mal die Schwiegereltern als vorher erkrankt notiert. Abgesehen von zahlreichen vagen Bemerkungen über Ansteckung durch Freunde, war solche in 91 Fällen mit Bestimmtheit, sei es auf Mitbewohner, Nachbarn, Diener, oder Herr, oder Mitarbeiter, zurückgeführt. In vielen Fällen wurden vielfache Berührungen mit Leprösen auf den Märkten angegeben. Es giebt dies für die Fälle in der Descendenz (Onkel und Tanten mitgerechnet) circa 10%, Vater und Mutter allein circa 7%; für gleichlinige Verwandte circa 6%; nachträgliche Erkrankung in der Ascendenz 0,4%, Mann und Frau 0,5%, Nachbarn etc. 4%.

Von den Fällen, die für Heredität zu sprechen scheinen, speciell der Väter und Mütter, 155 Fälle, sind nun aber eine Reihe, selbst wenn wir eine Lepra hereditaria tardissima annehmen (in Anbetracht dessen, dafs nur 6 Kinder unter 8 Jahren als krank gemeldet sind), nicht dafür zu verwerten, denn häufig waren offenbar der Vater oder die Mutter erst lange nach der Geburt des Kindes erkrankt, und andererseits stehen diesen Fällen eine grofse Reihe gegenüber, in denen es ausdrücklich heifst: „Frau und Kinder gesund". Von 236 Fällen, von denen positiv angegeben wird, dafs die betreffenden Kranken verheiratet seien, und dafs sie zugleich Kinder hätten, waren diese nur 13 mal erkrankt, während 223 mal ausdrücklich notiert wird, dafs sie gesund seien. Wenn nun auch diese Zeilen nicht beweisend sind, insofern das Alter der Kinder nicht angegeben ist, und man einwenden könnte, dafs die Lepra sich bei manchen noch später dokumentieren könnte, so ist doch die grofse Zahl von Fällen, in welchen „gesunde Kinder" angegeben sind, gegenüber den 13 als leprös notierten Kindern, doch sehr auffällig und wenig für eine Vererbung sprechend.

Wenn man weiter einerseits doch annehmen sollte, dafs bei den schliefslich so entsetzlich ausgeprägten Symptomen diese sich dem Gedächtnis einprägen und deshalb leicht zu eruieren sein sollte, ob die Eltern an der Lepra leiden oder gelitten haben, also jedesmal angegeben werden dürfte, ist es andererseits bei der langen Inkubation und dem chronischen Verlauf dieser Krankheit von vornherein wahrscheinlich, dafs eine etwaige Ansteckung sich der eigenen Beobachtung völlig entzieht.

Wenn wir aus diesen Gesichtspunkten die citierten Fälle unter Verwandten erwägen, müssen wir ohne Voreingenommenheit sagen, dafs in allen eine Übertragung der Krankheit in irgend einer Weise bestimmt anzunehmen ist, also in über 21% aller Fälle, während eine Vererbung doch nur als vielleicht möglich und auch das nur teilweise in einer relativ sehr kleinen Zahl von Fällen hinzustellen ist, während diese nach der obigen Erwägung eher gröfser zu erwarten wäre. Wir werden somit zu dem Schlufs kommen, dafs die Wahrscheinlichkeit der Kontagion eine ungleich gröfsere ist, als die der Vererbung. Dies stimmt mit der Ansicht der meisten neueren Forscher überein. Die Heredität ganz leugnen zu wollen, ist kein Grund vorhanden; es mag hier ähnlich liegen, wie bei der Tuberkulose, wo, wenn

auch sehr seltene, Fälle von direkter Vererbung auf den Fötus nachgewiesen sind, die bei weitem gröfsere Anzahl der Erkrankung jedoch durch spätere Übertragung der Krankheit erfolgt. Wie, auf welchem Wege etc. die Übertragung der Lepra vor sich geht, darüber ist hier nicht der Ort, Vermutungen auszusprechen; nur eins möchte ich hervorheben, dafs das Lepragift ein aufserordentlich fixes, d. h. schwer bewegliches und übertragbares zu sein scheint, oder es sind die Existenzbedingungen des Bacillus aufserhalb des Menschen sehr schwierige, resp. mufs er vielleicht erst Veränderungen erleiden, um für uns virulent zu werden. Jedenfalls scheint seine Übertragung eine noch viel weniger leichte, als die der Tuberkulose. Das Lepragift mufs dem Menschen unmittelbar anhaften und über den allernächsten Kreis seiner Person kaum heraus existieren können, während es andererseits wieder sehr dauerhaft ist und sich sowohl im lebenden Körper nach Impfungen, wie im toten, nach Arnings Untersuchungen, lange erhält. Es mufs ein mit ihm verschleppbarer und mit ihm zurückdrängbarer Ansteckungsstoff sein, sonst müfsten wir überhaupt und speciell in Ägypten eine viel enormere Verbreitung der Lepra erwarten, wo sie — eine unheilbare Krankheit — einmal seit grauer Vorzeit heimisch ist und sodann nie durch irgend welche Mafsregeln der Absperrung bekämpft wurde, während wir andererseits sahen, dafs sie durch strenge Exklusivmafsregeln aus Centraleuropa zurückgedrängt wurde, ein Schauspiel, das wir heute wieder vor unseren Augen in Norwegen erleben, wo es heute statt der 2900 Leprösen nur noch 800 derartige Kranke giebt!

Als interessant in dieser Beziehung möchte ich hier anführen, obgleich die Erhebung noch nicht abgeschlossen ist, die wir über diesen Punkt anstellten, dafs bisher nur 11 Beduinen als leprakrank zur Meldung kamen. Es ist bekannt, dafs die Beduinen die Nachkommen der ursprünglich sich über Ägypten ergiefsenden Araber sind, und zwar diejenigen, die sich mit den alten Ägyptern, den Fellachen, nicht vermischten, sondern sich von ihnen noch heute fast völlig fern halten, und wenn sie auch für Ein- und Verkauf von Waren und Nahrungsmitteln mit ihnen verkehren, auch zum Teil sich mehr oder minder fest angesiedelt haben, doch im übrigen ein von den Fellachen gänzlich abgesondertes Leben führen. Wir haben also hier den Fall einer freiwilligen Absperrung bei sonst ganz gleichen klimatischen und anderen Verhältnissen voraus; und hier scheint es — wage ich bis jetzt nur zu sagen —, als ob der sich absperrende Teil fast gänzlich von der Krankheit des andern verschont blieb, trotz jahrhundertelangem Aufenthalt in dem durchseuchten Lande! Auch dies ist ein Punkt, in dem sorgfältige Aufklärung von grofsem Interesse sein wird.

Von ungleich höherer Bedeutung schien mir aber in anderem Sinne sowohl für Ägypten als Europa die Frage, ob Europäer hier von Lepra inficiert werden. Um dieser Frage näher zu treten, erliefsen wir an eine Anzahl bekannterer, länger hier ansässiger europäischer Ärzte in Alexandrien, Kairo und anderen wichtigeren Plätzen Ägyptens die Bitte, uns die folgenden Fragen betreffs dieses Punktes zu beantworten: ob sie je die Lepra bei einem Europäer hier konstatiert hätten? woher derselbe eventuell stammte? ob nach Ansicht des betreffenden Arztes von diesem Fall anzunehmen sei, dafs er sich in Ägypten inficiert hätte? Die Antworten gingen zwar nicht sehr zahlreich ein, allein das Resultat derselben, was sich mir auch noch durch persönliche Umfragen bestätigte, ist doch ein sehr wichtiges. Es ergab sich nämlich, dafs aufser einer Anzahl Griechen nur eine Deutsche und sonst kein anderer lepröser Europäer von den Kollegen gesehen wurde. In zwei Fällen wurde zwar angenommen, dafs die Ansteckung in Ägypten erfolgt sei, allein auch diese beiden Fälle betreffen Griechen, und der einzige Lepröse anderer Nationalität — die Deutsche — kam nicht aus Deutschland, sondern aus Mexiko, wo die Lepra herrscht, und wo sie sich

auch nach Angabe des Arztes inficiert hatte. Was nun die Griechen anlangt, von denen ich selbst einige Fälle im Regierungs- und dem Diakonissen-Hospital in Alexandrien sah (die dort nebenbei zum Teil mit Tuberkulin eingespritzt wurden und zwar einer (Lèpre lazarine) — was die Geschwüre anlangt, mit denen sein Körper bedeckt war, mit sichtlichem Erfolg —, er sah wie neu gehäutet aus, ähnlich wie auch ein Araber im Regierungs-Hospital); was die Griechen anlangt, sage ich, so können wir sie auf keinen Fall als beweiskräftig für eine Infektion in Ägypten gelten lassen. Denn, wie wir schon eingangs erwähnten, sind die griechischen Inseln voll von Lepra, und wenn nun bei Griechen die Krankheit hier zum Ausbruch kam, d. h. bemerkt wurde, und sie selbst vielleicht eine Infektion im Mutterlande in Abrede stellen oder diese auch vielleicht nach ihren Angaben nicht wahrscheinlich ist, so beweist das noch nicht, dafs sie sich die Infektion in Ägypten geholt haben. Dasselbe gilt natürlich auch für Syrier, von denen einer gemeldet, der vor 18 Jahren hier beobachtet sein soll, denn Syrien ist bekanntlich gleichfalls voll von Lepra. Positiv beweisend könnte nur ein Fall sein, wo ein Individuum, aus einem nicht kontaminierten Lande stammend, die Lepra hier acquirierte. Ein solcher Fall ist aber von keinem der Kollegen, die so freundlich waren, uns zu antworten, zur Kenntnis gebracht, und kann ich nebenbei noch konstatieren, dafs aus meinen persönlichen Erkundigungen sich ergab, dafs so manche Antworten deshalb ausblieben, weil die Kollegen eine solche im Verneinungsfalle für unnötig hielten.

Ich glaube also, behaupten zu können, dafs ein positiver Fall von Erkrankung an Lepra bei einem aus nichtinficierter Gegend stammenden Europäer, von denen nicht wenige schon in mehreren Generationen hier lebten (z. B. Italiener), in der Neuzeit nicht vorgekommen ist. Ich bin nebenbei überzeugt, dafs ein solcher Fall hier ein gewisses Aufsehen erregt hätte und auch zu allgemeiner Kenntnis gekommen wäre.

Wenn wir nun auch als Hauptergebnis dieser Erhebung gefunden haben, dafs zwar die numerische Zahl der Leprösen in Ägypten nicht unbeträchtlich, ihre relative aber gewifs geringer ist, als z. B. auf den benachbarten Inseln Griechenlands und in Syrien; wenn wir sodann sahen, dafs die Krankheit hier einen exquisit chronischen Verlauf und Charakter zeigt; dafs die Gefahr der Ansteckung für die Eingeborenen keine grofse und eine solche für Europäer eigentlich gar nicht in Ägypten, bis jetzt, nachzuweisen ist, so darf man daraus nicht schliefsen wollen, dafs man nun auch nichts gegen die Krankheit zu thun brauche. Im Gegenteil, man sollte nach meiner Meinung alles thun, um die Krankheit mehr und mehr einzudämmen und auszurotten, und dies um so eher, als der Erfolg in sicherer Aussicht steht.

Einmal ist es ein Gebot der Humanität, die unglücklichen Armen, die in den höheren Stadien der Krankheit einen entsetzlichen Anblick des Jammers und Elends darbieten, der jedem civilisierten Menschen ein Grausen verursacht, nicht verkommen zu lassen. Sodann ist es für den Staat immerhin ein Gebot der Selbsthülfe, einer Krankheit entgegenzutreten, welche die Gesundheit des Volkes und die Prosperität des Landes fortwährend bedroht. Man wird mir einwenden, dafs ich gerade ausführte, dafs keine Gefahr vorläge. Eine unmittelbare Gefahr, wie etwa bei Pocken oder gar der Cholera, liegt allerdings nicht vor. Allein in einzelnen Distrikten ist doch die Seuche schon jetzt ziemlich stark verbreitet, und kamen z. B. von Farascour und Dekirnifs bereits Klagen und Anfragen von Regierungsorganen, wie dem Übel abzuhelfen sei; sodann ist bei der immer gröfseren Erleichterung und Zunahme des Verkehrs keineswegs von der Hand zu weisen, dafs sie sich mehr und mehr ausbreite, falls ihr nicht Einhalt gethan wird; und schliefslich kann niemand dafür

stehen, dafs nichts vielleicht die Krankheit durch irgend welche Verhältnisse, deren Vorausbeurteilung sich unserer Kenntnis entzieht, lebhafter aufflackert und heftiger um sich greift? Ägypten nimmt aufserdem im Orient eine ganz besondere und eigentümliche Stellung gegen Europa ein, und es hat als civilisierter Staat gegen sich und gegen Europa zweifellos die Pflicht, gegen diese entsetzliche „prähistorische" Krankheit Front zu machen, und man wird mit Sicherheit erwarten dürfen, dafs die Regierung Sr. Hoheit des Khediven, welcher an den wichtigen hygienischen Fragen des Landes stets ein besonderes Interesse nimmt, alles thun wird, was in ihren Kräften steht, um diesen unheimlichen Feind zu bekämpfen, wie man schon jetzt in einzelnen Provinzen diese Frage in Betracht zu ziehen beginnt.

Es liegen aber hier die Verhältnisse insofern günstig, als es meiner Ansicht nach einer rigorösen Absperrung, die nach dem Charakter des Volkes wohl auf heftigen Widerspruch stofsen und überhaupt nicht durchführbar sein würde, hier nicht bedarf.

Nötig wäre: einmal die Gründung von Lepra-Hospitälern, vielleicht ein oder zwei gröfsere unter tüchtigen Ärzten, und kleinere, über die Provinzen nach Bedürfnis verstreut, welche die Armen aufnehmen und zugleich eine Stätte der Pflege und Behandlung dieser Unglücklichen sein, sowie dem Studium der Krankheit dienen sollten. Sodann möchte ich vorschlagen, ein Gesetz zu erlassen, wie es 1885 in Norwegen auf Betrieb Hansens geschah, und welches mir aufserordentlich rationell erscheint, nämlich, dafs jeder Leprakranke einen eigenen Wohnraum, Bett-, Wasch- und Efsgeschirr etc. haben mufs und er nur in dem Fall gezwungen ist, in ein Lepra-Hospital zu gehen, falls er sich diesen Bedingungen nicht unterwerfen will oder kann, was natürlich zumeist gänzlich Mittellose sein werden. Hierzu ist aber eine sorgfältige Überwachung der Kranken von seiten der Sanität nötig.

Wie sich diese Verhältnisse nun auch in Zukunft gestalten mögen, sollten z. B. Staatsmittel zunächst nicht ausreichend für die Gründung der Hospitäler vorhanden sein, so zweifle ich nicht, dafs ein Appell an die Menschenliebe der hiesigen eingeborenen, wie speciell europäischen begüterten Gesellschaftsklassen ein reges Entgegenkommen finden würde, wie sich z. B. auch in Livland neuerdings auch eine Privatgesellschaft „Für die Bekämpfung der Lepra" gebildet hat. Jedenfalls werde ich es für meine Aufgabe erachten, meinerseits die Lepra in Ägypten weiter zu verfolgen und zu studieren, wozu ich diese Enquete, über die ich in vorliegendem, soweit es mir bis jetzt möglich war, sie durchzuarbeiten, und von der so manche Frage noch einer eingehenderen Prüfung harrt, berichtet habe, als die erste Stufe betrachte. Als nächstes Ziel erscheint es mir dabei, die eingelaufenen Fälle möglichst selbst zu kontrollieren, sodann werde ich das eingegangene Material an alle betreffenden Distrikte zurückgehen lassen und vorschlagen, dafs davon ein Register angelegt wird, nach welchem die aufgeführten Fälle bis zu ihrem etwaigen Tode weiter kontrolliert werden, unter Eintragung der wichtigsten Notizen und mit Hinzufügung neuer Fälle.

Damit wäre zugleich ein Stammmaterial geschaffen, welches sofort zur Hand wäre, wenn das oben angedeutete Gesetz angenommen würde, welches seinen segensreichen Einfluss gewifs schon bald in absehbarer Zeit fühlbar machen würde.

Tabelle der Leprösen in Ägypten nach Geschlecht und Alter.

	Geschlecht			Alter								Auf 1000 Einwohner
	Männlich	Weiblich	Total	Bis 5 Jahre	5—15 „	15—30 „	30—50 „	50—80 „	Über 80 „	Unbekannt	Total	
Gouvernorats.												
Kairo	3	1	4	—	—	3	1	—	—	—	4	0,01
Alexandrien	3	1	4	—	—	2	1	1	—	—	4	0,02
Ismaïlia	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	0,24
Port-Saïd	6	—	6	—	—	5	1	—	—	—	6	0,35
Damiette	17	1	18	—	—	12	5	1	—	—	18	0,41
Rosette	15	8	23	—	5	7	7	3	—	1	23	1,19
	45	11	56	—	5	30	15	5	—	1	56	0,08
Provinces.												
Galioubieh.												
Benha	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
†Distrikt Toukh	—	—	(27)	—	—	—	—	—	—	—	—	(0,3)
„ Galioub	8	1	9	—	—	4	4	1	—	—	9	0,11
„ Choubra	47	19	66	—	3	27	28	6	—	2	66	0,79
	55	20	75	—	3	31	32	7	—	2	75	0,29
Menoufieh.												
Chibin-el-Kom	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
*Menouf	8	—	8	—	—	3	5	—	—	—	8	0,49
Distrikt Menouf	55	10	65	—	1	27	32	5	—	—	65	0,47
„ Milig	43	10	53	—	2	26	22	2	—	1	53	0,37
„ Soubk	41	12	53	—	1	23	24	3	—	2	53	0,32
„ Achmoune	13	2	15	—	2	6	5	1	—	1	15	0,22
„ Tala	49	9	58	—	2	21	29	4	—	2	58	0,47
	201	43	244	—	8	103	112	15	—	6	244	0,38
Béhéra.												
*Damanhour	7	2	9	—	1	4	4	—	—	—	9	0,39
Distrikt Damanhour	7	2	9	—	1	4	4	—	—	—	9	0,14
„ Neguileh	20	3	23	—	1	2	16	3	—	1	23	0,27
Transp.	27	5	32	—	2	6	20	3	—	1	32	

Die mit * bezeichneten Städte sind ihren resp. Distrikten eingereiht und deshalb für die Addition nicht zu berücksichtigen.

† Nach später eingelaufener Angabe.

	Geschlecht			Alter								Auf 1000 Einwohner
	Männlich	Weiblich	Total	Bis 5 Jahre	5—15 „	15—30 „	30—50 „	50—80 „	Über 80 „	Unbekannt	Total	
Transp....	27	5	32	—	2	6	20	3	—	1	32	—
Béhéra.												
Distrikt Chibrakhit.....	5	3	8	—	—	3	5	—	—	—	8	0,12
„ Delingat	6	—	6	—	—	2	4	—	—	—	6	0,11
„ Abou Hommos ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ El-Atf.....	—	2	2	—	—	2	—	—	—	—	2	0,03
	38	10	48	—	2	13	29	3	—	1	48	0,13
Gharbieh.												
*Tanta	3	1	4	—	1	2	1	—	—	—	4	0,12
Distrikt Mehallet Menouf .	70	12	82	—	3	39	30	8	—	2	82	0,59
„ Santa	58	16	74	—	2	27	31	14	—	—	74	0,66
*Mehall-el-Kébir	7	—	7	—	3	3	1	—	—	—	7	0,25
Distrikt Mehall-el-Kébir ..	19	5	24	—	5	8	9	2	—	—	24	0,16
„ Biala	4	1	5	—	—	5	—	—	—	—	5	0,04
„ Bassioun	36	10	46	—	3	19	16	6	—	2	46	0,53
Kafr-el-Zaïat.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distrikt Zifta.....	33	15	48	—	3	19	20	6	—	—	48	0,42
„ Kafr el-Cheik	8	1	10	—	1	3	6	—	—	—	10	0,13
„ Bilad-el-Arz Charkan	44	20	64	—	10	36	17	1	—	—	64	1,49
„ „ Garban.	10	—	10	—	2	5	3	—	—	—	10	0,26
„ Bourouloss	17	3	20	—	3	12	5	—	—	—	20	1,37
„ Mandoura	23	14	37	—	6	16	10	4	—	1	37	0,55
	322	98	420	—	38	189	147	41	—	5	420	0,44

Die mit * bezeichneten Städte sind ihren resp. Distrikten eingereiht und deshalb für die Addition nicht zu berücksichtigen.

	Geschlecht			Alter								Auf 1000 Einwohner
	Männlich	Weiblich	Total	Bis 5 Jahre	5—15 „	15—30 „	30—50 „	50—80 „	Über 80 „	Unbekannt	Total	
Dakahlieh.												
Mansourah	4	1	5	—	1	3	1	—	—	—	5	0,19
Distrikt **Mansourah**	47	15	62	—	1	18	32	10	1	—	62	0,61
„ **Miniet Sammanoud**	12	2	14	—	—	1	7	6	—	—	14	0,14
„ **Simbellawen**	19	2	21	—	—	2	16	3	—	—	21	0,28
„ **Dikirnès**	85	47	132	—	15	60	53	3	—	1	132	1,60
„ **Faraskour**	85	39	124	—	15	62	46	1	—	—	124	1,62
„ **Mit-Ghamr**	33	1	34	—	3	15	14	2	—	—	34	0,23
	281	106	387	—	34	158	168	25	1	1	387	0,66
Charkieh.												
***Zagazig**	3	3	6	—	1	2	2	—	—	1	6	0,30
Distrikt **Kanayat**	40	15	55	—	4	22	23	5	—	1	55	0,54
„ **Miniet-el Gamh**	29	9	38	—	—	17	16	3	—	2	38	0,40
„ **Sawaleh**	8	—	8	—	—	2	5	1	—	—	8	0,14
„ **Arin**	9	3	12	—	—	6	4	2	—	—	12	0,31
„ **Ibrahimieh**	22	13	35	—	2	15	14	2	—	2	35	0,76
„ **Bilbeis**	15	5	20	—	—	8	8	4	—	—	20	0,21
Bilbeis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	123	45	168	—	6	70	70	17	—	5	168	0,39
Guizeh.												
Distrikt **Oussime**	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	2	0,02
„ **Badrachine**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ **Guizeh**	1	1	2	—	—	—	1	1	—	—	2	0,03
Ville **Guizeh**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distrikt **Arfihe**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	3	1	4	—	—	—	3	1	—	—	4	0,02

Die mit * bezeichneten Städte sind ihren resp. Distrikten eingereiht und deshalb für die Addition nicht zu berücksichtigen.

	Geschlecht			Alter								Auf 1000 Einwohner
	Männlich	Weiblich	Total	Bis 5 Jahre	5—15 „	15—30 „	30—50 „	50—80 „	Über 80 „	Unbekannt	Total	
Beni-souef.												
*Beni-souef	1	1	2	—	—	1	1	—	—	—	2	0,20
Distrikt Beni-souef	5	1	6	—	—	2	4	—	—	—	6	0,07
„ Béba	5	—	5	—	—	3	—	2	—	—	5	0,08
„ El-Zawieh	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	2	0,05
	12	1	13	—	1	5	5	2	—	—	13	0,07
Fayoum.												
*Fayoum	5	1	6	—	—	1	3	2	—	—	6	0,23
Distrikt Fayoum	5	1	6	—	—	1	3	2	—	—	6	0,22
„ Tobhar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Sannourès	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	5	1	6	—	—	1	3	2	—	—	6	0,03
Minieh.												
*Minieh	1	2	3	—	—	1	2	—	—	—	3	0,19
Distrikt Minieh	21	6	27	—	—	7	15	5	—	—	27	0,28
„ Beni-Mazar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ El-Fachne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Glosna	3	—	3	—	—	—	3	—	—	—	3	0,05
	24	6	30	—	—	7	18	5	—	—	30	0,10
Assiout.												
*Assiout	2	—	2	—	—	—	1	—	—	1	2	0,06
Distrikt Assiout	26	6	32	—	1	13	17	—	—	1	32	0,29
„ Abon-Tig	45	10	55	—	2	22	19	8	—	4	55	0,85
„ El-Badari	13	3	16	—	—	9	6	—	—	1	16	0,26
„ Abnoub	15	1	16	—	—	5	10	1	—	—	16	0,27
„ Deirout	20	2	22	—	—	12	9	—	—	—	22	0,47
*Mellawi	2	2	4	—	—	1	3	1	—	—	4	0,37
Distrikt Mellawi	26	7	33	—	1	12	18	2	—	—	33	1,00
*Manfalout	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	0,23
Distrikt Manfalout	80	16	96	—	7	50	31	7	—	1	96	1,09
„ El-Hahat	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	225	45	270	—	11	123	110	19	—	7	270	0,55

Die mit * bezeichneten Städte sind ihren resp. Distrikten eingereiht und deshalb für die Addition nicht zu berücksichtigen.

	Geschlecht			Alter								Auf 1000 Einwohner
	Männlich	Weiblich	Total	Bis 5 Jahre	5—15 „	15—30 „	30—50 „	50—80 „	Über 80 „	Unbekannt	Total	
Guergueh.												
*Guergueh	2	—	2	—	—	1	—	—	—	1	2	0,14
Distrikt Guergueh	56	9	65	—	1	17	31	13	—	3	65	0,73
*Sohag	3	—	3	—	—	2	1	—	—	—	3	0,20
Distrikt Sohag	20	3	23	—	—	8	10	5	—	—	26	0,25
Akimime	3	—	3	—	—	1	2	—	—	—	3	0,16
Tahta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distrikt Tahta	87	5	92	—	—	9	22	5	—	56	92	0,88
„ Bardis	33	5	38	—	4	8	21	4	—	1	38	0,55
„ Menchah	32	4	36	—	2	14	18	1	—	1	36	0,50
„ Tama	25	3	28	—	—	14	10	4	—	—	28	0,36
	256	29	285	—	7	71	114	32	—	61	285	0,55
Keneh.												
*Keneh	10	—	10	—	—	3	7	—	—	—	10	0,65
Distrikt Keneh	44	4	48	—	—	19	27	1	—	1	48	0,58
„ Esneh	5	2	7	—	—	3	2	2	—	—	7	0,14
„ Farchoute	74	5	79	—	1	27	41	9	—	1	79	0,76
„ Dishneh	27	2	29	—	—	5	21	3	—	—	29	0,29
„ Couss	32	3	35	—	—	5	25	3	—	2	35	0,36
„ Edfou	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	182	16	198	—	1	59	116	18	—	4	198	0,41
Im ganzen	1772	432	2204	—	116	860	942	192	1	93	2204	0,34

Die mit * bezeichneten Städte sind ihren resp. Distrikten eingereiht und deshalb für die Addition nicht zu berücksichtigen.

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

IV. Jahresversammlung.

3. Sitzung. Sonnabend, den 8. April 1893.

(Originalbericht von Dr. Louis Wickham.)

Méneau: **Beitrag zum Studium der Psoriasis ungualis.**

Die Arbeit behandelt 8 Fälle von primärer und sekundärer Psoriasis ungualis, die in der dermatologischen Klinik der Fakultät zu Bordeaux zur Beobachtung kamen. Nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick wendet Verfasser sich der eigentlichen Frage zu und unterscheidet drei Formen der Psoriasis ungualis: 1. Die Nägel gehen während oder nach einem Anfall von Psoriasis ungualis verloren. 2. Oder die Nägel werden im Verlauf einer bereits länger bestehenden chronischen Psoriasis gleichfalls von der Krankheit befallen. 3. Oder endlich die Psoriasis der Nägel bildet überhaupt das einzige Krankheitssymptom. In letzterem Falle ist die Diagnose zuweilen recht schwierig; aber die tiefen Einkerbungen (déviations) der Nagellamelle, die ohne Absonderung und ohne Eiterung entstanden sind, müssen doch wenigstens an die Möglichkeit einer Psoriasis, die bei den Nägeln anfängt, denken lassen, zumal wenn eine gröfsere Zahl von Nägeln gleichzeitig erkrankt ist In diesem Sinn deutet Verfasser einen Fall von Psoriasis, bei dem unter dem Bilde einer akuten Onychia sämtliche 20 Nägel abfielen. Die letzten Phalangen der Finger und Zehen waren sehr verdickt und gerötet, eiterten aber zu keiner Zeit. Typische Psoriasis bestand nur zwischen Fingerkuppe und Nagel; der übrige Körper war ganz frei.

Hallopeau und Brodier: **Über einen Fall von Dermatitis scarlatiniformis.**

Die Krankheit entstand ohne nachweisbare Ursache bei einer Frau, die vorher an Quecksilbervergiftung gelitten hatte; bei ihrem Zustandekommen bildet also die individuelle Anlage eine wesentliche Rolle. Bemerkenswert war bei dieser Dermatitis das Auftreten zahlreicher Petechien und Exkoriationen mit Krustenbildung in den Gelenkfalten; ferner das heftige Jucken, das auch jetzt nach drei Wochen noch besteht, trotzdem die Entzündung schon im Ablauf begriffen ist; und endlich das Auftreten einer Endo-Pericarditis. Die Anhäufungen von Hämatin, woraus die Petechien bestehen, sitzen nur noch in der Epidermis und verschwinden völlig mit den abgestofsenen Schuppen. In der Cutis, ihrem ursprünglichen Sitz, finden sie sich deshalb nicht mehr, weil sie hier durch die Bewegungen des Blutlaufs und der Ernährungssäfte resorbiert sind, während diese Vorgänge ihnen in der Epidermis nichts anhaben können.

Jullien: **Über Lungensyphilis.**

Die Lungensyphilis ist von einer solchen Menge trügerischer Symptome begleitet, dafs ihre Diagnose nur recht selten gelingt, und dafs man sie für eine sklerotische oder tuberkulöse Erkrankung hält und so die einzige Behandlungsart versäumt, die, wenn sie auch keine Heilung bringt, doch wenigstens das tödliche Ende hinausschiebt.

Eine Dame von 46 Jahren bietet die klassischsten Symptome der Lungenschwindsucht; die Auskultation läfst in diesem Punkte keinen Zweifel, und die Prognose erscheint so trübe wie möglich. Indessen liefsen sich im Auswurf zu keiner

Zeit Tuberkelbacillen nachweisen; bei Impfungen auf Tiere erfolgte wohl der Tod, aber nur infolge septischer Abscesse; zur Entwickelung von Tuberkulose kam es nicht. Der Harn war ohne Zucker und Eiweifs, so dafs Ernährungsstörungen ausgeschlossen werden konnten. — In diesem Falle nun handelte es sich um Lungensyphilis, eine Diagnose, die durch das Vorhandensein von Gummata und Geschwüren auf den Unterextremitäten bestätigt wurde. Die Infektion hatte infolge einer zweiten Ehe vor 10 Jahren stattgefunden und war während der ganzen Zeit nicht bemerkt worden.

Gegen diese tertiären Formen erwies sich das Scarenzio-Smirnoffsche Verfahren wiederum äufserst wirksam; 6 Kalomeleinspritzungen wurden von der sehr heruntergekommenen Patientin ohne die geringste Beschwerde vertragen; aufserdem gab ich Jodkalium in Form von Milchklystieren. Als im letzten Winter die Schwäche zunahm, hatte ich von einer Brown-Séquardschen Einspritzung einen unverkennbaren Nutzen, ein Beweis, dafs meine specielle Therapie aus diesem wertvollen Verfahren manchen Vorteil ziehen kann.

An eine Heilung der gänzlich abgemagerten und anämischen Patientin dachte ich seiner Zeit gar nicht, und nun sind drei Jahre dahin, und meine Schwindsüchtige ist nicht nur noch am Leben, sondern befindet sich auch in einem wesentlich besseren Ernährungszustand. Infolge der angewandten specifischen Mittel ist ihr Gewicht im Laufe von 21 Monaten von 48 kg auf 60 kg gestiegen.

Das Bedeutsame dieser ganzen Mitteilung scheint mir nun darin zu liegen, dafs die grofse Mehrheit derartiger Fälle verkannt werden, indem die sichtbaren Zeichen der Syphilis fehlen und man bei anscheinend offenkundiger Phthise nicht noch erst auf Tuberkelbacillen zu fahnden pflegt, während doch allein das Fehlen der letzteren auf den richtigen diagnostischen Weg zu leiten vermöchte.

Eraud und Hugouneny (Lyon): **Bakteriologisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese der gonorrhoischen und einiger anderer infektiöser Orchitiden.**

Die beiden Forscher gelangen auf Grund ihrer chemischen und bakteriologischen Untersuchung eines Diplococcus, den sie sowohl bei der Epididymitis gonorrhoica, wie auch in der gesunden Harnröhre antrafen, zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der Epididymitis gonorrhoica kommt ein Diplococcus vor, den man züchten und mit dem man beim Hunde eine Orchitis erzeugen kann.

2. Auf einen Diplococcus, der mit dem eben genannten in allen Punkten identisch ist, und mit dem sich gleichfalls beim Hunde eine Orchitis erzeugen läfst, stöfst man auch in der gesunden Harnröhre. Man ist daher wohl berechtigt, beide Diplococcen zu identificieren, da sie die Ursache der Tripperorchitis sind. Verfasser schlagen deshalb für sie den Namen „Orchiococcus“ vor. Dieser Pilz unterscheidet sich von Gonococcus deutlich durch seine Gröfse, sowie besonders durch seine Lebensbedingungen und seine Widerstandsfähigkeit, indem er auf den verschiedensten Nährböden, wie Agar, Pepton, Fleischbrühe, Serum, gedeiht, während der Gonococcus, dessen Lebensfähigkeit eine sehr begrenzte ist, nur auf Serum zu gedeihen scheint.

3. Im Polarimeter untersuchter Harn von Tripperkranken, die gleichzeitig eine Nebenhodenentzündung haben, weist eine Linksdrehung auf, die schon hinreicht, um Orchitis diagnosticieren zu können.

4. Schon beim einfachen Tripper, besonders aber, wenn sich noch eine Epididymitis hinzugesellt, besteht eine Allgemeininfektion, die sich durch Absonderung einer mehr oder minder beträchtlichen albuminoiden Masse (Eiweifs, Pepton) äufsert. Die Menge dieser letzteren scheint in direktem Verhältnis zur Stärke der gonorrhoischen Erkrankung zu stehen.

5. Je nach dem Erfolg, den die Verfasser mit der Aussaat von Trippereiter auf

Agar-Agar hatten, halten sie sich nach ihren Beobachtungen zur Aufstellung folgender Sätze berechtigt: a) Geht eine Kultur auf, so ist eine Orchitis meistens hinzugekommen. b) Geht keine Kultur auf, so bestand nie eine Orchitis. c) Das Vorhandensein einer Kultur beweist nicht immer, dafs eine Orchitis bestanden hat.

6. Bei der Orchitis parotitica kam ein Diplococcus zur Beobachtung, der mit dem „Orchiococcus“ die gröfste Ähnlichkeit aufwies. Jedoch sind Eraud und Hugouneny nach den bisherigen Untersuchungen aufser stande, zu sagen, ob beide Diplokokken identisch sind, oder ob es sich bei dem ersteren um den Parotitispilz handle. Für diese letztere Annahme spricht, dafs er sich im Blut und Harn des einzigen Patienten fand, den die Verfasser während eines Anfalles von Mumps und Orchitis zu untersuchen Gelegenheit hatten.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberkulose-Erregers, von Friedrich Fischel. (Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig. 1893.) Ein genaueres Eingehen auf die interessante Studie, die die Pleomorphie und die Variabilität der Mikroorganismen zum Ausgangspunkt nimmt, würde hier zu weit führen; ich will mich begnügen, die Schlüsse hier wiederzugeben:

1. Der von Koch als Erreger der Tuberkulose erwiesene Tuberkelbacillus ist die parisitische Form eines ursprünglich saprophytisch vorkommenden, verzweigte Fäden bildenden Mikroorganismus. Dafs bei der Untersuchung der Tuberkelkulturen im gefärbten und zum Teil auch im ungefärbten Präparate zumeist nur Stäbchenformen gefunden werden, ist durch die Präparationsweise begründet. Die in gefärbten Präparaten häufig beobachteten, unter einem Winkel voneinander abgehenden Bacillen dürften oft noch Andeutungen der ursprünglichen Zweigbildungen sein.

2. Die Artbestimmung dieses Mikroorganismus ist mir augenblicklich mit Sicherheit noch nicht möglich. Es ist kein Bacillus im Sinne der Morphologie, keine Cladothrix, sondern in seiner saprophytischen Form wahrscheinlich einer höheren pleomorphen Pilzgattung angehörig. Die zum Teil in der makroskopischen Wachstumsform vorhandene Ähnlichkeit mit Aktinomyceskulturen, sowie der Umstand, dafs den in den Kulturen des Tuberkelerregers nachgewiesenen Bildungen ähnliche mikroskopische Gebilde auch in den Kulturen des Aktinomycespilzes gefunden wurden, legen die Vermutung verwandtschaftlicher Beziehungen zwischen dem Mikroorganismus der Tuberkulose und dem Aktinomycespilze nahe.

3. Die parasitische Wurstform variiert nach dem Substrat in dem Sinne, dafs die sogenannten Bacillen bald länger, bald kürzer, bald schmäler, bald breiter erscheinen.

4. Die Bacillen der sogenannten Hühnertuberkulose stehen in genetischer Beziehung zur Säugetiertuberkulose so, dafs sie als Ernährungsmodifikationen einer und derselben Art erscheinen. Man kann hiernach die Bacillen der miliaren Tuberkulose, der Perlsucht und Hühnertuberkulose schon jetzt etwas differenzieren. Die Hühnertuberkulose hat durch das Nährsubstrat, auf dem sie gewachsen ist, im allgemeinen die Eigenschaft verloren, auf Säugetiere übertragen, bei denselben allgemeine Tuberkulose zu erzeugen, doch kann sie unter bestimmten, augenblicklich nicht näher bekannten Bedingungen diese Eigenschaft wieder erlangen.

5. Der Erreger der Tuberkulose ist ein pleomorpher und variabler Mikroorganismus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie, von Professor Eduard Lang in Wien. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1893. Als zweiten Teil der venerischen Krankheiten, als des zweiten Teils zweite Hälfte der „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis", bietet uns der Verfasser eine klare, die alten und neuen Kenntnisse zusammenfassende, insbesondere klinische Darstellung zunächst der Pathologie des venerischen Katarrhs, seine Begleit- und Folgezustände sowohl beim Manne wie beim Weibe. Nach einer geschichtlichen Würdigung der Krankheit wird die Entwickelung der Gonokokkenfrage in kritischer Weise unter Berücksichtigung der neuesten Arbeiten besprochen. Phimose, Paraphimose mit ihren Folgen, Urethritis, Cystitis, die Erkrankung der Urethraldrüsen, der männlichen Genitalwege, Peri- und Paraurethritis, der venerische Katarrh beim Weibe, seine Folgen und Begleitaffektionen, extragenitale Infektion, der venerische Katarrh im Kindesalter, venerische Papillome sind Gegenstand eingehender Erörterung. Für endoskopische Zwecke empfiehlt Verfasser einen neuen, von ihm angegebenen und unter Beigabe von Abbildungen genau beschriebenen, sehr handlichen Beleuchtungstrichter für elektrisches Licht, dessen Einrichtung der des Casperschen Elektroskopes ähnlich ist. Der auf Grundlage seiner reichen Erfahrung ausgebildeten Therapie ist der zweite Teil des namentlich für Studierende sehr empfehlenswerten Buches gewidmet.

A. Strauß-Barmen.

Lehrbuch der Cystoskopie. Ihre Technik und ihre klinische Bedeutung, von Max Nitze. (J. F. Bergmann, Wiesbaden.) Ein Lehrbuch der Cystoskopie zu schreiben, ist wohl niemand berufener als Nitze. Er führt uns in dem Buche die Technik des Verfahrens, ebenso die Konstruktion der Instrumente in allen Einzelheiten vor. Dann folgt die Beschreibung der endoskopischen Befunde der gesunden und kranken Blase, wobei besonders die Mitteilung von 20 cystoskopisch diagnosticierten Blasengeschwülsten lehrreich ist. Eine eingehende Besprechung der klinischen Bedeutung der Cystoskopie für Diagnose und Therapie bildet den dritten Abschnitt des Buches, welchem eine Polemik gegen Leiter anhangsweise beigefügt ist. Zahlreiche Abbildungen illustrieren den Bau wie die Anwendung der Instrumente und die Befunde in der Blase. — Wer sich mit Cystoskopie vertraut machen will, wird nicht umhin können, das gut ausgestattete Buch eingehend zu studieren; es ist ein unentbehrlicher Ratgeber für jeden Endoskopiker. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Statistik und Bericht über den Ergänzungskurs an der Klinik für Krankheiten der Harnwege, von A. Pousson. (*Archives cliniques de Bordeaux.* 1893. No. 1.) Während der 20 Monate des Bestandes des Kurses stellten sich zu den 3548 Konsultationen 613 Patienten, deren Affektionen sich auf die Organe, wie folgt, verteilten: Urethra 228 Fälle, Blase 83, Prostata 61; Affektionen, welche diese 3 Organe gleichzeitig betrafen, 9, Nieren 28, funktionelle Störungen des Harn- und Genitalapparates 57, Penis 53, Scrotum und Inhalt 89. Was die therapeutischen Maßnahmen bei den wichtigsten dieser Krankheiten anbelangt, so bewährten sich am besten bei Urethritis gonorrhoica das Argent. nitr. in Instillationen (1 : 40—30 zum „Coupieren" der Gonorrhoe und 0,25% nach dem entzündlichen Stadium). Bei Striktur leistete die Urethrotomia interna gute Dienste. Bei Cystitis gonorrhoica wurde das Argent. nitr. in Instillationen dem Sublimat vorgezogen, dagegen wies letzteres gute Erfolge auf bei bacillärer Cystitis. Bei tuberkulöser Cystis kamen Injektionen von 2—4 g einer 2%igen Jodoform-Vaselinölemulsion zur Verwendung, welche, bei leerer Blase mittelst Guyonscher Spritze eingeführt, ein vortreffliches antiseptisches Deckmittel

der Schleimhautgeschwüre abgaben. 2 Fälle von Incontinentia urinae mufsten auf allgemeine neuropathische Beanlagung zurückgeführt werden. Der eine, eine 25jährige Patientin betreffend, zeigte überdies das Merkwürdige, dafs sich die Inkontinenz ausschliefslich beim Sitzen, niemals aber beim Stehen oder Liegen einstellte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Amtliche Medicinalberichte des Kantons Zürich der Jahre 1885 bis 1890.

Die seit einer Reihe von Jahren von der kantonalen Sanitätsbehörde von Zürich jährlich herausgegebenen amtlichen Medicinalberichte bieten bei der grofsen Sorgfalt, mit der dieselben zusammengestellt, dem Arzt und dem Statistiker hohes Interesse. — Sind auch solche Statistiken nur mit einer gewissen Reserve entgegenzunehmen, so haben dieselben doch zur Bestätigung von eigenen Erfahrungen einen grofsen Wert.

Eine Zusammenstellung und Klassificierung der Todesfälle infolge von Hautkrankheiten und deren numerisches Verhältnis zu den aus anderen Ursachen erfolgten Todesfällen dürfte daher für den Leser dieser Zeitschrift nicht ohne einiges Interesse sein.

Ich begnüge mich, die in den 6 Jahren von 1885—1890 im Kanton Zürich erfolgten Todesfälle nach Hautkrankheiten zusammenzustellen:

Jahrgang	Gesamtzahl der Todesfälle	Davon an Sclerema neonat.	Ekzem	Pemphigus	Furunculosis	Karbunkel	Cancer cut.	Lupus	Sarkom	Diverses	Total
1885	6532	1	1	3	4	3	3	—	—	1	16
1886	6670	—	1	1	3	3	10	1	—	1	20
1887	5986	5	2	—	6	2	8	—	1	2	26
1888	6292	2	3	—	1	3	5	—	1	—	15
1889	6480	1	—	3	3	1	11	—	—	1	20
1890	6701	—	2	—	2	2	5	—	1	1	13
	38661	9	9	7	19	14	42	1	3	6	110

Auf 38661 Todesfälle innerhalb 6 Jahren kommen also 110 infolge von Hauterkrankungen, also 3‰, und rechnen wir hiervon die bösartigen Tumoren der Haut (42 Carcinome, 3 Sarkome), als nicht streng ins Gebiet der Hautkrankheiten gehörig, ab, so haben wir sogar nur 65 = 1,7‰ Todesfälle. Auch diese Zahl ist noch eher zu hoch gegriffen, da z. B. unter „Furunculosis“ mit 19 Fällen wohl die eine oder andere Allgemeinkrankheit wie Pyämie, Diabetes etc. sich eingeschlichen haben dürfte. — Die relativ sehr niedrige Mortalität nach Hautkrankheiten im Kanton Zürich steht mit der vom Referenten und praktischen Ärzten gemachten Beobachtung im Einklang, dafs Hautkrankheiten in der Ostschweiz überhaupt nicht so häufig sind.

Tod infolge von Lupus (vulgaris) ist ein einziger Fall verzeichnet, während derselbe nach Statistiken anderer Gegenden, z. B. Bern, einen ziemlichen Procentsatz ausmacht. Auch hier stimmen Statistik und praktische Erfahrung überein: Der Lupus vulgaris ist im Gegensatz z. B. zu Bern, Homburg im Kanton Zürich eine rara avis, während der Lupus erythematodes dagegen relativ häufig vorkommt. *Heufs-Zürich.*

Schmarotzertum in der Tierwelt, von Looss. (Leipzig 1892. Richard Freese.) Wennschon das als 10. Heft von *Marschalls zoologischen Vorträgen* erschienene Buch nicht gerade in direkter Beziehung zu unserer Specialwissenschaft steht, so möchten wir doch nicht versäumen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen und es allen zum Lesen oder Studium zu empfehlen. Die glatte und kurzgefaßte Schreibart des Verfassers wird jedem die Lektüre zu einer angenehmen machen. Das Buch giebt eine klare und umfassende Übersicht über die Unmenge der Lebewesen, die sich parasitisch ernähren, und eine Masse wissenswerter Aufklärung, die die neuere Zoologie über die merkwürdig verschiedenen, früher ganz unerklärten und unverstandenen Entwickelungsformen einzelner derselben geschaffen hat. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Erwiesenes und Hypothetisches vom Arsen, von Th. Husemann. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 48 u. 50.) In einer Polemik gegen Hugo Schulz (Greifswald) begründet Husemann vorerst seine Behauptung, daß der Übergang von arseniger Säure in Arsensäure, wie ihn Schulz und Binz auf Grund der Protoplasmaversuche behaupten, für den menschlichen Organismus noch nicht bewiesen ist. Das aus Tierversuchen einfach per analogiam zu erschließen, geht nicht an; das Verhalten des Protoplasma bei den verschiedenen Tieren oder gar bei Tieren und Pflanzen braucht nicht immer das gleiche zu sein. — Der Nachweis einer Oxydation zur Arsensäure im Organismus wäre ein sehr wichtiger, zumal das toxische Vermögen der letzteren ein geringes ist; der Ersatz der arsenigen Säure durch Arsensäure und arsensaure Salze wäre dann therapeutisch ins Auge zu fassen. Die geringere Giftigkeit der Arsensäure spricht sogar gegen die Binz-Schulzsche Schwingungstheorie, daß die arsenige Säure zu Arsensäure oxydiert und diese wiederum zu arseniger Säure reduciert wird, das Sauerstoffmolekül also hin- und herschwingt.

Dieses ist der Grundstock der Husemannschen Arbeit, deren eingehendere Reproduktion an dieser Stelle zu weit führen würde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Arseniklähmung, von Gumprecht. Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Jena. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 5.) Im Anschluß an einen genau beobachteten Fall von tötlich verlaufener, akuter Arsenvergiftung resumiert der Verfasser:

1. Ein Einfluß auf das Gefäßsystem ist klinisch unverkennbar. Bei leichtem Druck mit dem Stethoskop bleibt ein weißer Ring auf der Haut etwa eine halbe Minute lang stehen; man kann mit dem Finger auf der Haut geschriebene Buchstaben als weiße Schrift deutlich lesen.

2. Die Wirkung des Arsen auf die Nieren ist eine rapide; schon nach 9 Stunden waren Eiweiß, Cylinder, Epithelien im Harn nachweisbar.

3. Die Arsenniere zeigt an gehärteten Präparaten abgestoßene Epithelien im Lumen der Ductus papillares, Erweiterung und Epithelabplattung derselben.

4. Zum sicheren chemischen Nachweis sind mit dem Mageninhalte auch Fäces und Urin zu untersuchen.

5. Der süfsliche Geschmack des Arsenik, der Geruch des Erbrochenen nach faulen Eiern oder nach Knoblauch geben einen diagnostischen Anhaltspunkt.

6. Das Antidotum Arsenici besitzt in nicht völlig frischen Fällen wenig Einfluſs.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Blei- und Arseniklähmung, von Jolly. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 5.) J. stellt im Verein für innere Medizin in Berlin einen typischen Fall von Arseniklähmung vor: Die 27jährige Patientin hat vor 3½ Monat in selbstmörderischer Absicht Schweinfurter Grün eingenommen. Die Gastroenteritis schwand in zwei Tagen; am 4. oder 5. Tage nahm sie eine Vertaubung der Füfse wahr, zugleich stellten sich an Händen und Füfsen Parästhesien und Schmerzen ein. Unter Zunahme dieser entstand eine ausgesprochene Ataxie der Beine, zu der sich eine Paralyse der Füfse und Zehen, eine Parese des Unterschenkels hinzugesellten. Der Patellarreflex war erloschen. Die Wadenmuskeln atrophierten stark, die Sensibilität schwand, aber eine Hyperalgesie ist deutlich nachweisbar. Die Sensibilitätsstörungen betrafen zum Teil auch die Finger. Es bestand deutliche Entartungsreaktion. — Hervorzuheben ist noch der Haarausfall, das Kältegefühl in der rechten oberen und in beiden unteren Extremitäten, eine starke Schweifssekretion in der Palma manus. Bulbäre Erscheinungen, Störungen der Augen- und Blasenmuskeln fehlten. In den letzten Wochen ist eine stetig fortschreitende Besserung eingetreten.

Es handelt sich bei der Arseniklähmung sicher um eine periphere Neuritis, obgleich geringe Veränderungen in den trophischen Centren des Rückenmarks auch gefunden worden sind. — Die Mitteilungen über Bleilähmungen übergehe ich hier.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die verbesserten Leberthranpräparate, von Genser. Wien. med. Doktor-Kollegium. Sitzung den 6. Februar 1892. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 7.) Zur Verbesserung des Leberthrans wird Saccharin verwendet. Man setzt 5,0 einer 1% alkoholischen Lösung des sauren Saccharin auf 100,0 Öl zu, oder man nimmt 0,05 raffiniertes Saccharin, gelöst in absolutem Alkohol oder Äther aceticus und setzt dann noch Ol. Citri oder Ol. Menthae pip. hinzu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verwendung des Europhen (Isobutylorthokresoljodid) in der venereologischen Praxis, von C. Kopp. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 3.) Von den 19 Fällen von Ulcus molle hat K. 5 mal von der Ausschabung der Geschwüre nach den Empfehlungen von Petersen Gebrauch gemacht. Dieselbe läfst sich unter lokaler Ätheranästhesie leicht ausführen. Die ziemlich stark blutenden Wundflächen wurden zunächst mit Sublimatkompressen abgetupft und komprimiert, bis die Blutung stand und dann ein Pulvertrockenverband mit Europhen 1,0 Acid. boric. subt. pulv. 3,0 appliciert. Es bildet sich eine Kruste, welche nicht entfernt, sondern nur täglich 2 mal neuerdings mit Europhen-Borsäurepuder bestreut wurde. Unter dieser Kruste erfolgte in allen Fällen glatte Heilung, einmal am 4., 2 mal am 7., 1 mal am 10. und einmal am 11. Tage. In einem dieser Fälle entstand 4 Tage nach der Ausschabung eine schmerzhafte Leistendrüsenschwellung, welche zur Abscedierung führte und eine künstliche Eröffnung des schnell erweichten Tumors nötig machte. Die Heilung der dadurch gesetzten Wunde nahm 17 Tage in Anspruch.

Die weiteren 14 Fälle von weichem Schanker wurden nach vorhergehender gründlicher Reinigung der Geschwüre und ihrer Umgebung mit 1‰ Sublimatlösung mit Watte abgetupft und dann mit Europhen in Substanz oder mit Mischungen von Europhen und Borsäure ää, in einigen Fällen auch mit Europhen-Borsäurepulver 1:3 und 1:5 bestreut. Die Heilungsdauer schwankte zwischen 6 Tagen und 5 Wochen. Die Bubonen, die damit behandelt wurden, heilten nach Auslöffelung und Auswaschung der Wunde mit Sublimat in einem Zeitraume von 14—32 Tagen. 7 Fälle

von nässenden Papeln wurden mit Europhen-Borsäurepulver 1 : 3 vor Einleitung einer allgemeinen Quecksilberbehandlung behandelt, um die reichlich secernierenden Papulae latae der Genito-Analregion in eine trockene Form umzuwandeln und zur Überhäutung zu bringen, doch war der Erfolg kein zu schneller. *L. Hoffmann-Berlin.*

Traumatische Entzündungen.

Pemphigus vegetans jodicus, von Th. Trapesnikow. Aus der Klinik von Prof. Tarnowski. (*Therapeutische Blätter.* 1893. No. 2.) Aufserkatarrhalischen Schleimhaut-Affektionen und Acne sind mancherlei andere Hautaffektionen nach Jod beobachtet. Reilly beschrieb 1854 zuerst das Auftreten von Blasen; 1888 teilte Hallopeau einen interessanten Fall von Pemphigus mit, der nach Jodgebrauch auftrat und zu Geschwürsbildung, Vegetationswucherung und Narbenbildung, sowie zu schweren Veränderungen der Cornea führte. Ähnliche Berichte liegen von Wole, Barthélemy, Mackenzie und Morrow vor. — Verfasser giebt die Krankengeschichte eines selbst beobachteten Falles: Der 55 Jahre alte Patient, kräftig gebaut, Vater gesunder Kinder, nicht syphilitisch, erhielt wegen eines Nasenleidens Jodkalium 1,0 pro die, worauf sich nach 15tägigem Gebrauch Pusteln und Geschwüre auf der Haut entwickelten. Bei der Aufnahme findet man neben walnufsgrofsen Blasen mit trübem Inhalt zahlreiche runde Geschwüre mit abgestutzten Rändern und central, besonders stark hervorwuchernden Granulationen. Auch an der Nasenschleimhaut rechts sitzt ein Geschwür. Nach Aussetzung des Jodkaliums stellte sich sofort Tendenz zur Heilung ein. Durch erneute Darreichung von Jodkalium wurde der Ausbruch neuer Blasen und Geschwüre erzielt. Dasselbe geschah nach 8tägigem Gebrauch einer Jodoformsalbe. Die Blasen entstanden aus flachen Papeln und safsen auf etwas erhöhter Basis; ihre Wandungen waren gefaltet; eröffnete man sie, dann fand man ein Geschwür mit centraler Vegetation von Granulationen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von traumatischer Dermatitis vesiculosa des Vorderarmes, von L. A. Duhring. (*Internat. Medic. Magaz.* März 1892.) Der Fall betrifft eine 29jährige, stark hysterische Frau, die sich beim Plätten eine etwa fünfmarkstückgrofse Brandwunde auf der Beugeseite des linken Vorderarmes, unmittelbar über dem linken Handgelenke, zugezogen hatte. Etwa 4—6 Wochen später, nachdem die Wunde fast abgeheilt schien, zeigte sich das erste Anzeichen der Affektion in Gestalt eines Bläschens, und zwar nicht auf der Seite der Brandstelle, sondern auf der Streckseite des Vorderarmes. Nach einer Woche ulcerierte die Stelle, während in der Umgebung neue Bläschen sich entwickelten. Allmählich wurde die untere Hälfte des Vorderarmes von der Affektion ergriffen. Die einen Stellen heilten ab unter Zurücklassen von Narben, andere wurden frisch befallen.

Die Verordnung von Arsenik hatte wenig Erfolg.

Verfasser bespricht im folgenden das Wesen der Krankheit, die er für eine traumatische Neuritis ansieht, für die die Hysterie die Grundlage, die Brandwunde die nähere Veranlassung abgegeben hat. Es werden analoge Fälle aus der Litteratur vergleichshalber herangezogen. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zum Studium der Hauterkrankungen nach Arsen-Gebrauch, von C. Rasch-Kopenhagen. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 150.) Anknüpfend an die Thatsache, dafs die Dermatosen nach Arsen-Gebrauch im ganzen erst wenig gekannt seien, teilt R. zwei eigene Beobachtungen mit, die, wie er wünscht, auch dazu beitragen mögen, das Vertrauen der Ärzte zum Arsenik etwas zu erschüttern.

Im ersten Fall hatten sich bei einer 63jährigen, sonst stets gesunden Dame im

Anschluſs an eine Influenza rote Flecken hinter den Ohren und an den Schläfen eingestellt. Patientin wurde mit Arsen behandelt und nahm ein ganzes Jahr lang täglich Acid. arsen. Der Zustand wurde aber anstatt besser immer schlechter, und bei ihrer Aufnahme ins Kommune-Hospital bestand neben allgemeiner Abmagerung ein Ausschlag von Ecthyma-Pusteln, die sich überall am Körper fanden und schnell ulcerierten, Herpes zoster gangraenosus in der Höhe der rechten 9. Rippe, endlich Keratosis palmaris der beiden Hände. Nach Aussetzung des Arsens trat bald Heilung der Hautsymptome ein, während eine hochgradige Schwäche noch monatelang bestehen blieb. — R. weist aus der Litteratur nach, daſs Herpes zoster und Keratosis palmarum s. plantarum gar keine seltenen Folgeerscheinungen der Arsenik-Vergiftung seien, und trägt daher kein Bedenken, für die nämlichen Symptome auch im vorliegenden Falle die nämliche Ursache anzunehmen. Auch das dritte Hautsymptom, den pustulös-ulcerösen Ausschlag, führt R. mit Recht auf den Arsen-Miſsbrauch zurück, wenn er gleich in der Litteratur nur e i n e n Beleg dafür finden konnte.

Im zweiten Falle hatte sich bei einem Phthisiker, der 2 Tage lang je 9 Tropfen Liq. arsen. Fowleri genommen hatte, ein Pemphigus acutus eingestellt, der aber nach Aussetzen des Mittels bald wieder verschwand. — Blasenausschläge nach Arsen-Miſsbrauch scheinen sehr selten zu sein; R. hat aus der ganzen Litteratur nur zwei derartige Fälle zusammenstellen können.

Im Anschluſs an diese Mitteilung bringt die fleiſsige Arbeit eine Übersicht über diejenigen Formen von Hauterkrankungen, die nach absichtlicher, zufälliger oder arzneilicher Arsen-Vergiftung bis jetzt beobachtet sind; und zwar finden sich verzeichnet: 1. Verfärbungen, 2. Erythem und Abschuppung, 3. Urticaria und Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes, 4. Vesikeln (Zoster), 5. Blasen, 6. Papeln, 7. Pusteln und Geschwüre, 8. Purpura, 9. Ausfallen der Haare und der Nägel, 10. Keratosen. *Türkheim-Hamburg.*

Vesikulöser Ausschlag an beiden Händen infolge des Gebrauchs hundsledener Handschuhe, von Puy-Le-Blanc. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 86.) Die betreffenden Handschuhe waren mit einem „Aurantia“ genannten Stoff gefärbt, einem Stoff, der eine Zeit lang fabrikmäſsig in Lyon hergestellt und durch die Einwirkung von Salpetersäure auf Diphenylamin gewonnen wurde. Bei den mit der Zubereitung dieses Farbstoffes beschäftigten Fabrikarbeitern war ebenfalls auf Händen und Gesicht ein vesikulöser Ausschlag entstanden. — Der Patient des Verfassers hatte die Handschuhe im heiſsesten Sommer 8 Stunden lang hintereinander getragen.

Türkheim-Hamburg.

Symptomatisches Exanthem bei Ikterus, von Leven. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 9.) Ein vor 3 Jahren syphilitisch erkrankter Mann, seit 5/4 Jahren von jeder luetischen Erscheinung frei, wird unter heftigen Allgemeinerscheinungen von einem intensiven Ikterus ergriffen. In der vierten Woche tritt eine groſsmakulöse Roseola auf, die aber nicht auf eine specifische Behandlung weicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurotische Entzündungen.

Periphere Lähmung des Facialis infolge von Herpes Zoster cervico-occipitalis, von L. Perrin. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 626.) Eine Krankengeschichte, der ein Bericht über die einschlägige Litteratur voraufgeschickt ist. Zum Schluſs weist Verfasser auf die ererbte Nervosität des Patienten hin.

Türkheim-Hamburg.

Über neurotisches Ekzem bei Erwachsenen, von CUTHBERT R. BARHAM, Pittsburg. (*Med. Record.* Febr. 1892. No. 42.) Das neurotische Ekzem ist durch seine Beschränkung auf die Streckseiten, durch die Anordnung der Läsionen, den Verlauf als solches gekennzeichnet. Die Läsionen, symmetrisch lokalisiert, stehen in Gruppen, sind peripher scharf abgegrenzt. Die Ausbreitung geschieht durch das Auftreten neuer Flecke, nicht durch Vergrößerung der vorhandenen. Recidive sind häufig. Die parasitären Ekzeme geben ein ähnliches Bild, sind aber nicht symmetrisch angeordnet, nicht so rund, peripher, nicht von einem Wall von Papeln, sondern von unterminiertem Epithel umgeben. Die Behandlung muß eine lokale und innere sein und die ganze Lebensweise des Patienten berücksichtigen. Phosphor und Strychnin sind erfolgreich durch ihre Wirkung auf das Nervensystem. 8 Fälle illustrieren das Gesagte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria KÖBNERs, von F. BONANITI. (*Morgagni.* 1890. No. 12.) Verfasser beobachtete die Epidermolyse auf Druck oder Reibung bei einem 22jährigen Manne, der seit seiner Kindheit daran litt. Es entstand zuerst ein roter juckender Fleck, auf dem nach etwa 2 Stunden eine Blase aufschoß, umgeben von einem schnell schwindenden roten Saum. Die Blase nahm noch 2 bis 3 Tage zu, trocknete dann ein und heilte, ohne Spuren zu hinterlassen. Die Blasen traten vornehmlich, nicht ausschließlich, an Händen und Füßen und in warmer Jahreszeit auf. Diese Anomalie war in der Familie erblich; von 5 Generationen mit 63 Mitgliedern waren 31 (16 männliche, 15 weibliche) damit behaftet. Im Alter von 40—45 Jahren ließ die Blasenbildung nach, erlosch ganz im Greisenalter. Bei einem weiblichen Mitgliede der Familie schwand die Neigung dauernd mit der ersten Schwangerschaft. Verfasser spricht den Gedanken aus, daß forensisch bei dem Nachweise der Vaterschaft die Epidermolysis mitunter eine Bedeutung haben könnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Dermatitis herpetiformis, von L. A. DUHRING. (*Americ. Journ. of Med. Sc.* Februar 1891.) In den letzten 5 Jahren hat D. etwa 10—12 Fälle der Dermatitis herpetiformis veröffentlicht, sich jedoch zumeist auf die Beschreibung der klinischen Symptome beschränkt, ohne der Behandlung Erwähnung zu thun. In der vorliegenden Schrift holt D. das Fehlende nach.

Bei der Behandlung der Dermatitis herpetiformis ist ebenso, wie bei vielen anderen Hautkrankheiten, möglichst individuell zu verfahren, und sind die Ursachen zu berücksichtigen. Zunächst findet die äußere Behandlung eine Besprechung. Dieselbe ist, je nachdem die Krankheit im akuten, subakuten, chronischen Stadium sich befindet, verschieden. Zumeist hatte es D. mit dem chronischen Stadium zu thun. Am besten bewährte sich unter den Mitteln die Schwefelsalbe, namentlich, wenn der Ausschlag sich im vesikulösen, pustulösen und auch bullösen Stadium befand. Für den erythematösen Charakter der Affektion schien der Schwefel mehr reizend zu wirken, als zu nützen.

Die Behandlung mit dem Schwefel muß möglichst frühzeitig begonnen und lange fortgesetzt werden.

Von anderen Mitteln kam insbesondere der Teer, und zwar in spirituöser Lösung, in Anwendung. Derselbe bewährte sich besonders gegen das Jucken, während er die Krankheit an sich nicht günstig zu beeinflussen im stande war. Gegen das Brennen und Jucken waren mehr oder weniger langdauernde warme Bäder zuweilen von Nutzen, in anderen Fällen ließen sie im Stich. — Ichthyol-Salben und -Lösungen waren auch bisweilen gut, aber nicht so wirksam wie der Teer.

Die interne Behandlung richtete sich wesentlich darauf, das Nervensystem der Patienten zu stärken und zu beruhigen. In den einfachen, nicht komplicierten

Fällen schien der Arsenik die wohlthätigste Wirkung auszuüben, allerdings erst nach lange fortgesetzten Gaben. Chinin, Strychnin, Eisen, Ergotin hatten keinen wesentlichen Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatitis herpetiformis. St. Mackenzie hielt über diesen Gegenstand in der Hardein Society of London (*Brit. Med. Journ.* 1892. Nov. 19) einen Vortrag. Die Krankheit sei unter verschiedenen Namen beschrieben, des Pemphigus pruriginosus, Herpes gestationis, Hydroa etc. Er nahm den Namen Duhrings Dermatitis herpetiformis als den bezeichnetsten an. Sie kann als eine Neurose der Haut angesehen werden, welche charakterisiert ist durch die Multiformität ihrer Manifestationen, als erythematöse, papulöse, vesikulöse, bullöse und urticaria-ähnliche Eruptionen, die zugleich oder nacheinander erscheinen und gewöhnlich von Hauptpigmentationen begleitet sind. Die Bläschen standen in den meisten Fällen gruppenförmig angeordnet Starkes Jucken und Brennen begleitete meist die Erkrankung. Verlauf ist chronisch, mit Exacerbationen und Relapsen in Zwischenräumen, Heilung gewöhnlich spontan, manchmal tödlicher Ausgang. Die Krankheit ging mit einiger, aber gewöhnlich nicht grofser Störung des Allgemeinbefindens einher. Sie befällt beide Geschlechter und jedes Alter, meist aber das mittlere; bei Frauen findet sie sich oft während der Schwangerschaft, oft auch unabhängig davon. Nicht dazu gehört die von Hebra als Impetigo herpetiformis beschriebene Erkrankung, die Duhring nnd Jamieson nur als eine pustulöse Varietät derselben auffassen. Vortragender teilt dann die von ihm beobachteten Fälle mit und stellt eine Frau von 40 Jahren mit ganz charakteristischer Eruption vor. Er führte aus, dafs seine Fälle die charakteristischen Merkmale der Krankheit aufwiesen: ihre Polymorphie, Chronicität und relabierenden Verlauf. Die vesikulösen uud bullösen Varietäten von gruppierten Bläschen, wie bei Herpes, zeigten sich zu irgend einer Zeit der Erkrankung. Alle Teile des Körpers könnten befallen werden, gewöhnlich nicht: Handteller und Fufssohlen. Heftiges Brennen und Jucken bestand gewöhnlich, fehlte aber in zwei Fällen. Bei schwangeren Frauen (Herpes gestationis) kann es die Schwangerschaft begleiten, ihr folgen oder vorhergehen. Die Krankheit kann leicht mit vesikulösem oder bullösem Erythem und Pemphigus verwechselt werden; Unterscheidungsmerkmale sind ihr polymorpher Charakter und heftiger Pruritus. In betreff der pathologischen Anatomie sind keine bestimmten anatomischen Thatsachen zu verzeichnen, man kann sie entweder als periphere Neuritis oder als funktionelle Neurose betrachten. Was die Behandlung anbelangt, so übte kein inneres Heilmittel einen sicheren Einflufs aus. Arsenik hatte manchmal Erfolg; wo es nicht heilte, führte es wenigstens Besserung herbei. Milde Lokalbehandlung schaffte nur temporäre Erleichterung, und der von Duhring empfohlene Schwefel verdient am meisten versucht zu werden; er soll in der Stärke von zwei Drachmen auf eine Unze gebraucht und so energisch eingerieben werden, dafs die Bläschen, Papeln und Blasen platzen und ein Eindruck auf die Nervenendigungen der Haut gemacht wird. Radcliff Crocker teilte seine Erfahrungen über die Krankheit mit und zeigte Photographien und Aquarellskizzen, die ihre verschiedenen Studien veranschaulichen. In den Hauptpunkten stimmte er mit Mackenzie in Pathologie und Behandlung überein. J. J. Pringle hat 12 unzweifelhafte Fälle unter ca. 6500 Hautkranken am Middlesex Hospital in den letzten vier Jahren gesehen, einschliefslich zwei Fälle von Hydroa gestationis, die er in Übereinstimmung mit Mackenzie als dazugehörig betrachtet. In seiner Privatpraxis hat er 2 Fälle zusammen mit Malcolm Morris gesehen. Der Name „Hydroa“ scheint ihm im ganzen geeigneter und weniger ungeschickt, als der Duhrings und sollte allgemein angenommen werden. Von den Hospitalfällen waren nicht weniger als sieben Beispiele des von Unna als Hydroa puerorum beschriebenen Typus, und stimmten vollkommen mit seiner Beschreibung

überein; besonders wiesen sie mehr Schmerzen als Jucken auf und mehr Papulo-Vesikeln als Blasen. Alle hatten jeden Sommer starke Exacerbationen, was die Krankheit in enge Beziehung zu HUTCHINSONS „summer eruptions" bringt, welche am liebsten mit in die Hydroagruppe eingeschlossen werden sollten. Einer indes betraf ein Mädchen von 4 Jahren und hatte begonnen, als sie 4 Monate alt war, so dafs die Bezeichnung „Hydroa juvenum" besser erscheint, als die des ersten Autors. Zwei Fälle endeten letal; in einem war es eine Dame von 80 Jahren, die an Marasmus nach achtmonatlicher Krankheit starb, während der andere als Hydroa gestationis begann und 7 Jahre dauerte; der Patient starb an Peritonitis nach einer Perforation des Ileum, das ebenso wie das Coecum zahlreiche Geschwüre aufwies, die man als interne Manifestationen der Krankheit ansehen kann. Während der Krankheit bestanden deutliche Anzeichen von Mitbefallensein der Schleimhäute des Ernährungstractus, Diphagie, Vomitus, Diarrhoe und Melaena. Alle sieben Erwachsenen waren sehr nervös, und zwei von den Jungen waren Juden. MACKENZIE legt viel Gewicht auf die Gruppen von Pigmentflecken, und auf die atrophischen Stellen und Narben, die an Stelle früherer Läsionen zurückbleiben, da diese oft bei Stellung der Diagnose geholfen hatten, besonders in solchen Fällen, wo Reiben und Kratzen die Haut ekzematös gemacht hatte und die eigentliche Natur der Eruption verdeckte. Arsenik schien einigen Einfluſs zu haben in wenigen Fällen; am meisten nutzten prolongierte warme Bäder mit nachfolgender leichter Naphtholeinreibung. SAMUEL WEST teilte seine Erfahrungen mit und zeigte Photographien und Zeichnungen von Patienten. In einem Falle hatte die Krankheit an den Händen angefangen, augenscheinlich nach dem Ausschrubben von schmutzigen Gefäſsen. WEST meint, daſs in nicht wenig Fällen die Krankheit durch Resorption solcher septischer Stoffe entstehen kann.

Leslie Roberts-Liverpool.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra (aus dem pathol. Institut zu Bern), von AUGUST RIKLI. (*Virchows Arch.* 129. 1.) Es wurden untersucht Leber, Milz, Lymphdrüsen, Tonsillen, Phaynxwand, Epiglottis, Larynx, Haut, Zunge, Hoden, Nervus ulnaris. Die Färbung der gehärteten und in Celloidin eingebetteten Präparate geschah in folgender Weise: Vorfärbung in DELAFIELDschem Hämatoxylin, Entfernung des Celloidins durch Äther, Färbung nach GRAM mit Ersatz des Gentianavioletts durch Fuchsin oder nach ZIEHL-NEELSEN mit Ersatz der Schwefelsäure durch schwach salzsauren Alkohol.

Zuerst entsteht herdförmige chronische Entzündung mit mäſsiger, kleinzelliger Infiltration und Entwickelung von Bindegewebe; vielgestaltige, meist groſse Zellen mit bläschenförmigem Kern, VIRCHOWsche Vakuolenzellen, hie und da typische Riesenzellen kommen vor. Letztere lagen zuweilen in Herden, die Tuberkeln völlig gleichen und central verkäsen können. Die Bacillen liegen, wie NEISSER meint, innerhalb der Zellen; einzelne Haufen liegen frei in den Gewebslücken und auch in Blut- und Lymphgefäſsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Bestimmung des Procentgehalts von Fibrin im Blute Leprakranker sind von REAVEN RAKE im Leprasyl zu Trinidad bei 50 Personen Untersuchungen angestellt. Der Durchschnittsgehalt gestaltete sich folgendermaſsen: Bei 16 Kranken mit tuberkulöser Lepra 0,78%, bei 21 mit anästhetischer Lepra 0,79, bei 13 gemischten Fällen 0,72%. Der Gesamtdurchschnitt betrug also 0,76%, während BOCK bei 14

Kranken 0,3%, HILLAIRET bei drei Beobachtungen 0,65% fanden. Nur bei zweien betrug der Procentsatz unter 0,2. (*The Lancet.* 9. Jan. 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 14.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

1. Ein Fall von Lepra, von S. GUROWITSCH. Aus dem Odessaer Stadthospital. (*Medizinsk. Obosren.* 22.)

2. Ein Fall von trophoneurotischer Lepra im Marinehospital in Nikolajew, von W. VON KNORRE. (Beilage des *Mosk. Sbornik.* 1891. No. 4. *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 14.)

1. Eine 36jährige Frau, in Odessa geboren, die sich viel in Nachtasylen herumgetrieben, aber nicht weifs, jemals mit einem Leprösen in Berührung gekommen zu sein, hat ausgebreitete tuberöse Lepra. In den excidierten Knoten viele Leprabacillen. PETERSEN-Petersburg macht darauf aufmerksam, dafs man, um Leprabacillen zu erhalten, nur den Knoten oberflächlich zu incidieren braucht; in der hervorquellenden, auf dem Deckgläschen ausgebreiteten Flüssigkeit findet man Bacillen, indem man mit Karbolfuchsin färbt und mit Malachitgrün nachfärbt.

2. Eine 65jährige Frau in Nikolajew, wo niemals ein Leprafall vorgekommen sein soll, Matrosenwitwe, hat seit ihrem 6. Jahre die Stadt nicht verlassen; sie hat sechs Kinder. Sie leidet seit 18 Jahren an Lepra maculosa und trophoneurotica. — Den Fall als Beweis gegen die Kontagiosität anzusehen, wie Verfasser will, ist natürlich nicht angängig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Lepra mutilans, von C. BOTTER. (*Bull. de la société des médicins de Jassy.* No. 3. 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 14.) Der Fall von Lepra mutilans soll das Vorkommen der Lepra in Rumänien beweisen. Von Interesse ist ein an Mal perforant erinnerndes Fufsgeschwür. Die deswegen vom Verfasser beabsichtigte Amputation wird in der Diskussion von JULIANO für überflüssig erklärt, da das Leiden ja bei dem Patienten generalisiert ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der erste verbürgte Fall von **Lepra in Südamerika** scheint 1646 einen spanischen Geistlichen betroffen zu haben. Während der folgenden zwei Jahrhunderte verbreitete sich die Lepra langsam, aber sicher; in den letzten 20 Jahren hat sie sich rapide ausgedehnt. Gegenwärtig soll der zehnte Teil (?) der Bevölkerung des Departements Santander und Boyaca an Lepra leiden. Die Regierung will jetzt die Leprakranken in bestimmten Gegenden unterbringen und auf den Inseln nach geeigneten Plätzen zur Gründung von Asylen suchen. (*Bolletin de medicine del lanca.* — *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 14.) *Jessner-Königsberg i. P.*

Notizen über einen Besuch im Lepra-Hospital zu San Remo, von L. A. DUHRING. (*Americ. Journ. of the Medic. Sciences.* März 1892.) Das „Spedale Civico Maurizano di San Remo", das D. während seines mehrtägigen Aufenthaltes in San Remo besuchte, ist ein altes, auf einer Anhöhe liegendes Gebäude. Das Institut selbst steht unter Leitung von Dr. LUIGI PEVACCA.

Zur Zeit seines Besuches fand D. im Hospital nur 4 Leprakranke, deren Krankengeschichte kurz angeführt wird. Zwei Abbildungen illustrieren dieselbe.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Lepra maculosa et tuberosa, von L. A. DUHRING. (*Medic. News,* December 1890.) Der Patient ist 41 Jahre alt, in Schweden geboren, hat sich im Jahre 1868 in Peru und Chili aufgehalten, von 1871 bis 1888 war er Matrose. Während dieser Zeit kam er 1878 nach Kalkutta und Bombay, wo er sich 3—4 Monate aufgehalten hatte. Andere Lepraländer hat er nie besucht. Die letzten 18 Monate wohnte er in der Nähe von Philadelphia. Vor 2½ Jahren bemerkte er die ersten

Anzeichen der Krankheit auf dem Gesichte. Über deren Ursprung, auch in hereditärer Beziehung, weifs der Patient nichts anzugeben. Trotzdem er verschiedene Ärzte befragt hatte, hat er dennoch den wahren Namen der Krankheit erst durch den Verfasser erfahren, was um so wunderbarer ist, als die Affektion in ganz charakteristischer Weise auf dem Gesichte und Rücken ausgeprägt ist.

Interessant bei dem Falle, von dem Abbildungen beigegeben sind, ist der Umstand, dafs zwischen der vermutlichen Infektion (in Indien) und dem Ausbruch der ersten Anzeichen ein Zeitraum von 10 Jahren verstrichen ist. Viel wahrscheinlicher mag es sein, dafs der etwas stupide Patient den ersten Anzeichen der mehr makulösen Lepra keine Beachtung geschenkt hat und erst durch die Knoten im Gesichte auf dieselbe aufmerksam geworden ist. *C. Berliner-Aachen.*

b) *Tuberkulvse.*

Eine neue Behandlung des Lupus, von A. Chaut. (*Annal. de derm. et de syph.* 1892. S. 1337.) Chaut empfiehlt die von Zilgien eingeführte örtliche Behandlung des Lupus mit einem Gemisch von Leberthran und Jodoform, womit er in drei Fällen gute Erfolge erzielt habe. *Türkheim-Hamburg.*

Diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der tuberkulösen Natur von Eiterungen, von Debraye und Legrain. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 53.) Um schnell zu erfahren, ob ein Eiter tuberkulöser Natur sei, oder nicht, schlagen die Verfasser folgendes Verfahren vor: Einige Tropfen des zu untersuchenden Eiters werden in 2,0—3,3 Aq. dest. gelöst; dazu werden etwas Natr. carbon. oder Kalium causticum und etliche Tropfen einer farblosen Lösung von Cuprum sulfurcium gethan. Entsteht nun die charakteristische Rosafärbung der Peptone, so ist der Eiter nicht tuberkulös. Ein rein tuberkulöser Eiter zeigt die violette Färbung der Albuminate. Diese Probe läfst nur im Stich, wenn der Eiter teils von Tuberkelbacillen, teils von Eiterkokken herrührt; alsdann erhält man ebenfalls eine Rosafärbung. Dafs der Tuberkeleiter keine Pepton-Reaktion zeigt, trotzdem der Kochsche Bacillus das Eiweifs in den Kulturen peptonisiert, glauben die Verfasser daraus erklären zu können, dafs der Bacillus in dem Eiter von vornherein nur in geringer Menge vorhanden ist und ziemlich schnell daraus verschwindet. *Türkheim-Hamburg.*

c) *Syphilis.*

Über den Bacillus der Syphilis, von Sabouraud. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 100.) S. hat nach den Angaben von Lustgarten 51 von den verschiedensten syphilitischen Formen stammende Präparate untersucht, ohne indes den Bacillus Lustgarten zu finden. Er will Lustgartens positive Beobachtungen nicht anzweifeln, meint aber, ein Verfahren zur Entdeckung der Syphilis-Bacillen mufs noch erst gefunden werden. Dagegen eigne sich die Lustgartensche Methode ganz besonders zum Nachweis der Tuberkelbacillen. *Türkheim-Hamburg.*

Über das verschiedene Verhalten der Individuen gegenüber dem syphilitischen Gift, von Ch. Mauriac. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 223.) Das syphilitische Gift ist in den letzten Jahrhunderten entschieden schwächer geworden. Die grofsen Zerstörungen, die die Syphilis in früheren Jahrhunderten anrichtete, kennen wir nicht mehr und auch die schweren Formen der Syphilis, werden immer seltener. Zum Teil ist das das Verdienst der besseren Behandlung, die man heute in allen Ländern der Lustseuche entgegensetzt.

Vielleicht liefse sich noch mehr thun, wenn wir der Primäraffektion ansehen könnten, welche Folgen sie haben wird. Leider aber sind wir dazu aufser stande.

Der Schanker richtet sich in seiner Entwickelung nicht nach der Quelle, von der er stammt, sondern nach dem Individuum, das ihn trägt; insofern, sagt Mauriac, ist jeder seines Schankers Schmied. Die von einer und der nämlichen Infektionsquelle stammenden syphilitischen Erkrankungen können einen untereinander sowohl wie von jener ganz verschiedenen Verlauf nehmen. Indessen giebt es ein mittleres Schema, nach welchem heutzutage die meisten Syphilis-Erkrankungen verlaufen.

Türkheim-Hamburg.

Über die Hämotherapie der Syphilis; kritische Bemerkungen an die Adresse von A. Kollmann-Leipzig, von Prof. P. Tommasoli. (*Gaz. degli ospitali.* 1892. No. 137.) Die Replik richtet sich gegen die in der *Deutschen med. Wochschr.* 1892. No. 36. (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVI. No. 1.) erschienene Mitteilung von K., welche die Richtigkeit und den Wert der Tommasolischen Experimente in Zweifel gezogen hatte. T. ist nicht im geringsten darüber erstaunt, dafs seine Resultate mit denen K.s, welcher übrigens die Priorität beansprucht, nicht übereinstimmen, da K. nach eigener Aussage „nicht mit derartig grofsen Dosen und nicht so häufig" Injektionen vorgenommen habe. Die Untersuchungen T.s beziehen sich auf 13, diejenigen von K. auf nur 3 Fälle von Syphilis, während die übrigen 19 andere, zum Teil ganz lokale Affektionen wie Ulcus molle, Blennorrhoe, Psoriasis betreffen, wo eine günstige Wirkung der Serumtherapie nicht zu erwarten war. Auch befinde sich K. im Widerspruche mit sich selbst, wenn er einerseits das Ausbleiben von lokalen und allgemeinen Erscheinungen im Gefolge der Injektionen betone, während er andererseits von mehr oder weniger, in einem Falle sogar über das ganze Bein ausgebreiteter Rötung, von Kopfschmerz, Durstgefühl, Frost spreche. Ferner befanden sich 2 von den 3 Patienten K.s in der frühesten Periode der Syphilis, als der Primäraffekt noch in voller Blüte und ein Exanthem noch nicht sichtbar war. Nun aber sei die Mehrzahl der Syphilidologen der Meinung, dafs die antiluetische Therapie erst nach Ausbildung des sekundären Stadiums beginnen dürfe. Zum Schlusse drückt T. seine Befriedigung darüber aus, dafs seine Mitteilungen über die Serumtheraphie die Anregung zu weiteren Untersuchungen abgegeben haben. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die verschiedenen Methoden der Hämotherapie der Syphilis, kritische Notiz von P. Tommasoli. (*Riforma medica* No. 20/21. Januar 1893.) Verfasser vergleicht seine Methode der Lammblutserumtherapie mit derjenigen von Prof. C. Pellizzari, welcher sich bekanntlich zu seinen Versuchen menschlichen Serums bediente (s. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVI. pag. 293). In der letzteren sieht er neben dem einzigen Vorteile, dafs sie sich den modernen Methoden mehr anschliefst, zahlreiche Nachteile: 1. Die Schwierigkeit für den Praktiker und selbst für den Specialisten, sich passendes und tadelloses Material zu verschaffen. 2. Die Gefahr der Übertragbarkeit anderer Krankheiten. 3. Der Umstand, dafs sie keine Garantie dafür leistet, dafs dem Patienten durch Summation der tonischen Agentien kein Schaden zugefügt wird. In diesem Punkte stützt er sich auf die Theorie vom Chemotaxismus der Leukocyten, wie sie von Massart und Bordet (s. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. No. 12), von Bouchard u. a. entwickelt worden. 4. Wir vermögen mit Hülfe der Syphilotoxine keineswegs das Syphilis-Virus zu zerstören, zumal nicht plötzlich, sondern es höchstens zu mildern. 5. Pellizzari wählt zu seinen Versuchsobjekten mit Vorliebe Patienten in den frühen Stadien der Lues zur Vornahme seiner Injektionen mit Serum von Patienten in den verschiedenen Perioden Hiergegen wendet nun T. ein, dafs einerseits nach den Erfahrungen der meisten Autoren eine antiluetische Therapie im primären Stadium von ungünstigen Resultaten gefolgt werde, andererseits dafs man sich zu dieser Zeit leicht der Gefahr aussetzen könnte, jemandem die Syphilis beizubringen, der sie noch nicht hatte.

Verfasser schliefst mit einem Bericht über den weiteren Erfolg seiner früher mitgeteilten Lammblutserum-Injektionen, die ihn von seiner Ansicht nicht abzubringen vermocht haben, dafs derselben keine andere Heilmethode an günstiger Heilwirkung gleichkomme. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Quecksilber-Flanell, von F. Vigier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 59.) Vigier berichtet in der Société de thérapeutique über ein neues, von Merget eingeschlagenes Verfahren zur Behandlung der Syphilis. Letzterer ging dabei von der Annahme aus, dafs das Quecksilber bei der Schmierkur nicht durch die Haut, sondern, indem es verdunstet, durch die Lungen in den Körper gelange und hat dementsprechend Flanell mit Quecksilber gesättigt. Dieses Flanell wird dann in einen dünnen Leinwandbezug gesteckt, so dafs man eine Art von Schlummerrolle hat. Auf dieser soll der Patient des Nachts schlafen. Thatsächlich gelangt dabei Hg. in genügender Menge in den Körper. Es werden nach M.'s Untersuchungen durch Harn und Stuhl täglich 0,006—0,009 Hg. ausgeschieden. Die Vorzüge dieser Behandlung bestehen darin, dafs sie monatelang fortgesetzt werden kann und dafs dabei Vergiftung nicht zu befürchten ist. — Über die therapeutischen Erfolge steht in der Mitteilung kein Wort. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von seltener specifischer Erkrankung des Auges, von Dr. Silex. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 9.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 1. Februar stellte S. einen 40jährigen Mann vor, der sich im Mai 1892 inficiert hat. Kein darauffolgendes Exanthem. Im Juni 8 Einreibungen mit grauer Salbe und 4 subkutane Injektionen. Schwerer, mit Bewufstseinstörungen einhergehender Unfall am 28. Juli in der Brauerei. Vollständiges Wohlbefinden Anfang September. Am 3. September ganz unerwartet früh ein apoplektischer Insult mit Verlust des Sensoriums, Lähmung der linken Extremitäten, Sprechstörungen. 40 Einreibungen im Krankenhause; gebessert entlassen am 22. Oktober. In den ersten Tagen des Januar bemerkte er eine circumskripte Anschwellung im linken Oberlid; allmählich unter Auftreten von Schmerzen Verdickung und Rötung des ganzen Lides, so dafs das Auge nicht mehr geöffnet werden konnte. Die Untersuchung ergiebt an der Haut Symptome von Syphilis; sämtliche Drüsen sind innerhalb physiologischer Grenzen. Leichte Parese der linken Extremitäten ohne Gefühlsalteration und rechtsseitige Parese der unteren Facialisäste. Die untere Wand des rechten Naseneinganges ist in eine ca. 10 Pfennigstück grofse und etwa $^1/_2$ cm tiefe, schmutzig graue, zerfressene Geschwürsfläche umgewandelt. Das linke, über das untere herabhängende Oberlid ist geschwollen und gerötet und fühlt sich in toto derb infiltriert an. Beim Ektropionieren zeigt sich auf der hyperämischen und wenig geschwollenen Conjunctiva in der Mitte des Lides eine vom Lidende beginnende und bis zur Übergangsfalte reichende, 1 cm breite, schmutzig graue, wenig vertiefte, unebene Geschwürsfläche mit zernagten und unterminierten Rändern, an deren rechter Seite ein erbsengrofser, grau-gelblich durch die Conjunctiva durchscheinender Knoten von derber Konsistenz gelegen ist. Die Diagnose wurde auf Reste einer Apoplexie infolge specifischer Gefäfserkrankung und auf frisches exulceriertes Gumma an der Nase und der Conj. palp. sup. dextr. gestellt. Specifische Erkrankungen an den Augenlidern sind nicht gerade häufig; es sind ungefähr 150 Fälle in der Litteratur zu verzeichnen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die syphilitische, tuberkulöse und lepröse Nephritis, von Lancereaux. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 55.) Bei den genannten Konstitutionskrankheiten werden nach Verfasser drei verschiedene Formen der Nierenentzündung beobachtet: eine specifische, eine kachektische und eine paraspecifische Form. Die

erste Form ist bekannt als Nephritis interstitialis circumscripta syphilitica, als Tuberculа disseminata der Nieren und als Nephritis conjunctiva der Lepra. Bei der zweiten Form handelt es sich um Amyloid-Entartung oder besser um Leukomatose. Die dritte Form bildet die Nephritis epithelialis mit dem pathologisch-anatomischen Folgezustand der grofsen weifsen Niere. Diese Nephritis erscheint im Gegensatz zur ersten und zweiten Form immer im Beginn einer der drei Konstitutionskrankheiten und bietet dieselben Symptome wie die Nephritis parenchymatosa subacuta, verlangt auch dieselbe Behandlung. Eine specifische, besonders eine antiluetische Medikation würde nur nachteilig wirken. *Türkheim-Hamburg.*

Über Syphilis hereditaria tarda, von Prof. NEUMANN. (*Internation. klin. Rundschau.* 1893. No. 2 etc.)

FOURNIER definiert die Syphilis hereditaria tarda als die Gesamtheit derjenigen Symptome, die auf Grund ererbter Syphilis zwischen dem 3. und 28. Lebensjahre auftreten, gleichgiltig ób während der ersten Lebensjahre syphilitische Erscheinungen vorausgegangen sind oder nicht. Dieser Definition steht diejenige gegenüber, welche das Fehlen jeder syphilitischen Affektion während der ersten Lebensjahre als Vorbedingung der Syphilis hereditaria tarda sensu strictiori aufstellen. Gemäfs den verschiedenen Definitionen gehen auch die Ansichten auseinander. Eine Syphilis hereditaria tarda im FOURNIERschen weitern Sinne bezweifelt niemand, wohl aber leugnen viele, (so KAPOSI, BÄUMLER; BÄRENSPRUNG, BÖCK, HILL und andere) die Existenz einer Syphilis hereditaria tarda ohne vorausgegangene luetische Erscheinungen in den ersten Lebensjahren. Sie behaupten, jede syphilitische Affektion jenseits des dritten Lebensjahres sei ein Recidiv und nicht die erste Äufserung der Syphilis, die sehr wohl übersehen sein könne. NEUMANN steht auf seiten derjenigen, die die Existenz einer Syphilis hereditaria tarda im engeren Sinne anerkennen. Er stellt zwei Fragen zur Prüfung:

1. Welchen Bedingungen mufs ein Fall entsprechen, um unter den Begriff „Syphilis hereditaria tarda" subsumiert werden zu können?

2. In welcher Weise äufserst sich die Syphilis hereditaria tarda und giebt es irgendwelche Symptome, die für diese Erkrankungsform charakteristisch sind und aus denen dieselbe ohne Zuhilfenahme anderer Momente diagnosticiert werden kann?

Für die Bejahung der ersten Frage mufs die Syphilis bei den Eltern zur Zeit der Zeugung und die Abwesenheit syphilitischer Affektionen für die ersten Lebensjahre des Kranken mit Sicherheit festgestellt werden können. Es ist natürlich sehr schwer diese Bedingungen zu erfüllen. Für den Nachweis der Syphilis der Eltern weist NEUMANN nachdrücklich auf die Bedeutung der Polymortalität der Nachkommenschaft hin.

Wenn man nach charakteristischen Momenten für die Syphilis hereditaria tarda sucht, ist es zunächst von Interesse, die Verteilung derselben auf die verschiedenen Lebensalter zu beachten. AUGAGNEUR hat 83 Fälle zusammengestellt; daraus ergiebt sich die höchste Erkrankungsziffer zur Zeit der Pubertät. Auffallend ist, dafs $^2/_3$ der Kranken weiblichen Geschlechts sind, was vielleicht sich dadurch erklärt, dafs man bei Männern mit der Annahme einer hereditären Syphilis skrupulöser vorgeht, als bei Frauen, deren intaktes Hymen — nicht immer mit Recht — die acquirierte Syphilis ausschliefsen läfst.

Betreffend die Erscheinungsformen der Syphilis hereditaria tarda ist zunächst der „Infantilismus" der Kranken, die mangelhafte körperliche und geistige Entwickelung hervorzuheben; die Kranken sind in jeder Beziehung hinter ihrem Alter zurückgeblieben. Dazu kommen hochgradige Anämie, Drüsenschwellungen, Knochenaffektionen und Anomalien der verschiedensten Organe; denn alle können ergriffen werden. Be-

kannt ist die Hutchinsonsche Trias, die Verbildung der Schneidezähne, die Keratitis parenchymatosa und die Labyrintherkrankung. Was die Zahnanomalien bei Syphilis betrifft, so teilt Fournier dieselben ein in Zahnversionen, Mikrodentismus, Amorphismus und gröfsere Vulnerabilität des Gebisses. Die Zähne hereditär-syphilitischer Individua kommen spät zur Entwickelung und zeigen in Form und Struktur Spuren einer krankhaften Wachstumshemmung, besonders an den oberen mittleren Schneidezähnen, aber auch an den übrigen, den Eckzähnen, den ersten und zweiten Molaren. Die Zähne sind gelblich, ihre Email verdünnt, wie angefressen, zeigen sogenannte Zahnerosionen, welche dem Zahn ein wurmstichiges Aussehen geben. Die Krone ist oft wie von vorne nach hinten zusammengedrückt, atrophisch, gezähnt, mit einer halbmondförmigen Inzisur versehen. Aufserdem findet man gekerbte, geriffte Zähne, abnorm kleine Zähne oder ganz rudimentäre, formlose. Dieselben sind sehr vulnerabel und in ihrer Zusammensetzung verändert. Alle diese Veränderungen sind der Ausdruck tiefer, trophischer Störungen des Organismus und können auch bei andern konstitutionellen Erkrankungen des Kindes vorkommen; sie lenken unsere Aufmerksamkeit auf die Syphilis, sind aber nicht specifisch. Dasselbe gilt für die Keratitis parenchymatosa und die Labyrintherkrankung. Die Hutchinsonsche Trias erweckt also Verdacht, umfafst aber nicht pathognomonische Symptome.

Die Knochenerkrankungen sind osteoperiostitische und gummöse Ostitiden. An den Röhrenknochen, dem Schädel, Stirn (olympische Stirn—Fournier) finden sich Verdickungen, es kommt zu Nekrotisierungen, die oft, wie Lang richtig bemerkt, symmetrisch sind. Die gummösen Processe führen zu Zerstörungen an Gaumen, Nase etc.

Gehirnaffektionen sind nicht selten, Fournier fand sie 42 mal unter 212 Kranken. Es sind Gummata und Exostosen der Hirnschale, Endarteritis syphilitica, Gummata der Meningen, des Hirns, die die verschiedensten Symptome machen können, unter denen hervorzuheben sind: nächtliche, auf Jodkalium sich bessernde Kopfschmerzen; Konvulsionen, Psychopathien, die relativ oft beim Eintritt in das zweite Decennium rasch zur intellektuellen und moralischen Depravation führen. — In der Haut finden wir gummöse und ulceröse Processe mit ihren Folgezuständen, — am Kehlkopf diffuse Infiltration der Stimmbänder, Gummata, Narbenbildung, — an den Muskeln Myositis und Gummata, — an den Gelenken Hydrarthrose und deformierende Entzündungen, — in der Leber Cirrhose mit Teilung des Organs in zahlreiche Lappen, Gummata, amyloide Degeneration, — in der Milz amyloide Degeneration, — an den Nieren mitunter chronische interstitielle Nephritis, — an den Lungen bronchopneumonische Herde, — am Hoden Orchitis und Gummata, indolente Lymphdrüsenschwellungen etc. Kurz wir finden alle Affektionen der Syphilis, aber keine für Syphilis hereditaria tarda specifischen. Die Anamnese, das Gesamtbild, das Fehlen aller Merkmale früherer syphilitischen Symptome müssen uns bei der Diagnose leiten. In wissenschaftlicher Beziehung ist die Frage nicht so bedeutend, wie man nach der grofsen Litteraturerwarten sollte. Es ist ja eine viele Jahre dauernde Latenz der Syphilis bekannt, und bei der Syphilis hereditaria tarda handelt es sich auch nur um eine kongenitale, lange latent bleibende Krankheit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Nervenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von Alfred Sänger. (*Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten.* 1890.)

Verfasser teilt 6 Fälle mit, in denen zum Teil schon sehr früh im Verlaufe der Syphilis Nervenerkrankungen zur Beobachtung gelangten, die sich durch Anomalien des Auges kundgaben. Im ersten Fall handelt es sich um eine retrobulbäre Neuritis, die ein Jahr post infectionem auftrat und durch Inunktionskur geheilt wurde.

Im zweitem Falle traten schon Sehstörungen nach 6 Monaten auf; ein Jahr darauf wurde Opticusatrophie, spastischer Gang, Steigerung der Sehnenreflexe ge-

funden. Nach entsprechender antiluetischer Behandlung trat eine bedeutende Besserung des Sehvermögens mit Erweiterung des Gesichtsfeldes ein. — Periphere Augenmuskellähmungen fanden sich in den Fällen III, IV und VI: im ersten sogar schon 5 Monate post infectionem. Bemerkenswert ist, dafs sich in allen diesen Fällen concentrische Gesichtsfeldeinschränkungen fanden, die auf Anwendung von Quecksilber und Jod schwanden.

Der Fall V zeigt 15 Jahre post infectionem Augenstörungen und spinale Erscheinungen. Bei ersteren ist bemerkenswert, dafs beiderseits eine Lähmung des Rectus sup. int. inf., des Pupillenastes und der Accommodation bestand, während der Levator palp. super., der Obliquus inf., Trochlearis und Abducens normal funktionierten. Das Freibleiben einiger Okulomotoriusäste ist nur durch eine Kernlähmung zu erklären; es wäre das ein Fall „chronischer progressiver Lähmung der Augenmuskeln — SIEMERLING". — Die spinalen Symptome deuteten auf eine Affektion der Hinterstränge. *Jessner-Königsberg i. P.*

Eine eigentümliche bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefäfsveränderungen (wohl Lues hereditaria tarda), von E. A. Homén (Helsingfors). (*Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.* Bd. XXIV, Heft 1.) Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichte, den Sektionsbericht und die mikroskopischen Befunde der drei letal verlaufenen Fälle mit.

Die Patienten standen zur Zeit des Beginnes der Krankheit im Alter von 20, 12, 20 Jahren. Ohne nachweisbare Ursache begann in allen drei Fällen die Krankheit mit oft einsetzendem Schwindel, Schwere im Kopf, Mattigkeitsgefühl, zunehmender Appetitlosigkeit, gradueller Abnahme der Intelligenz, namentlich des Gedächtnisses. Der Gang wurde bei allen etwas unsicher und wankend, ähnlich dem Gange eines Berauschten; zeitlich machten sich diffuse Schmerzen in den Beinen und an verschiedenen anderen Stellen des Körpers bemerkbar. Unter allmählicher, gleichmäfsiger Steigerung dieser Symptome trat nach ungefähr zweijähriger Dauer der Krankheit eine gewisse Langsamkeit und Schwerfälligkeit beim Sprechen ein, die Intelligenz nahm stetig ab und die Patienten stiefsen schliefslich nur noch unartikulierte Laute hervor. Gleichzeitig steigerten sich bei allen drei Fällen die Funktionsstörungen an Händen und Beinen.

Gastrische Erscheinungen, namentlich Erbrechen, fehlten in keinem der Fälle. Die drei Patienten zeigten einen hohen Grad von Infantilismus. Der eine starb an stetig zunehmendem Marasmus, die beiden anderen raffte eine akute, hinzutretende Krankheit hinweg.

Die Sektion ergab bei allen drei Fällen im wesentlichen ähnliche Befunde.

Das Cranium war ebenso wie die Dura mater verdickt, die Pia mater stellenweise der unterliegenden Kortikalsubstanz adhärent. Das Gehirn hatte ein relativ kleines Gewicht und zeigte etwa in der Mitte der Linsenkerne beiderseits Erweichungsprocesse. In den Hirngefäfsen der Basis, am meisten in der Arteria fossae Sylvii fanden sich kleine sklerotische Flecke. Auch in anderen Gefäfsen waren leichte sklerotische Veränderungen zu bemerken.

In allen drei Fällen fanden sich diffuse Lebercirrhosen mit nicht nur interlobulären, annulären, sondern auch, wenn schon relativ wenig, intralobulären interstitiellen Veränderungen.

Milzvergröfserung war in 2 Fällen vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung der Gehirne ergab als wesentlichste Veränderungen namentlich im Lobus frontalis eine Verminderung der myelinhaltigen Fasern, in den Gefäfsen sklerotische Verdickung der Gefäfswände, bisweilen auch

fettige Degeneration derselben. Die Gefäfse waren im allgemeinen mit Blut gefüllt und erweitert; in den Gefäfsscheiden fanden sich teilweise Rundzellen.

In den Gefäfsen der Hirnbasis, speciell in der Arteria fossae Sylvii und deren Verästelungen stiefs man auf zahlreiche, kleine, umschriebene endarteriitische Veränderungen.

Der Hauptzug der Krankheit — die fortschreitende Abnahme der Intelligenz bis zur vollkommenen Dementia findet in dem Sektionsbefund und in dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung ihre volle Erklärung.

Da die Veränderungen in den Gefäfsen gegenüber denen in der Nervensubstanz viel intensiver hervortreten, so gelangt Verfasser zu der Annahme, dafs die sklerotischen und degenerativen Gefäfsveränderungen bei dem Krankheitsprocefs das Primäre und Wesentlichste wären, und dafs wir es in den 3 Krankheitsfällen mit einer Syphilis hereditaria tarda zu thun hätten. Für die Annahme einer erworbenen Lues konnte trotz genauen Forschens keine Stütze in der Anamnese gefunden werden. Für hereditäre Lues spricht auch die Lebercirrhose oder die diffuse interstitielle Hepatitis, wie sie relativ oft bei ererbter Syphilis gefunden und in der Litteratur beschrieben ist.

Im folgenden erörtert Verfasser sehr eingehend die noch ziemlich umstrittene Frage der Syphilis hereditaria tarda und spricht seine Meinung dahin aus, dafs eine hereditäre Lues mit sehr spätem Auftreten wahrscheinlich davon abhängig sei, dafs die Syphilis der Eltern zur Zeit der Zeugung der Kinder beinahe schon erloschen war und dann relativ wenig specifische Symptome zeigt. *C. Berliner-Aachen.*

Über Meningitis spinalis syphilitica bei einem Paralytiker spricht Richter in der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten den 9. Januar 1893. (*Allg. med. Centralzeit.* 1893. No. 11.)

Bei einem plötzlich verstorbenen Paralytiker auf syphilitischer Basis fand Richter besonders in der Höhe des siebenten Dorsalnerven eine Verdickung der Rückenmarkshäute mit kleinzelliger Infiltration eine starke Schrumpfung des Rückenmarks, bedingt durch Hineinwachsen der verdickten Pia. Auffallend sind die geringfügigen klinischen Symptome, trotzdem der Vorderstrang und der vordere Seitenstrang ganz zu Grunde gegangen waren. — Verfasser nimmt an, dafs der Procefs nicht von den Blutgefäfsen, sondern von den Lymphgefäfsen ausgegangen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke, von Dr. H. Hoppe. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 10.) Bei dem ersten publicierten Fall wurde klinisch: syphilitische Infektion, halbseitige Lähmung, Besserung, dann eine Lähmung unbestimmter Natur, wieder Besserung konstatiert; darauf eine sich rasch entwickelnde Lähmung aller vier Extremitäten, Sensibilitätsstörungen, Incontinentia urinae et alvi, grofser Decubitus, Pleuro-Pneumonie, Tod. Pathologisch-anatomisch: Das Rückenmark war der Sitz von zwei verschiedenen pathologischen Läsionen. Zunächst besteht eine kombinierte Degeneration von verschiedenen Fasersystemen: der Gollschen und zum Teil der Burdachschen, der Kleinhirnseitenstränge, der Pyramidenbahnen und der Clarkeschen Säulen. Neben dieser Läsion besteht ein akuter Erweichungsprocefs, welcher seine Ursache entweder in einer Exsudation von der Pia mater aus oder in einem Gefäfsverschlufs hatte. Nach Ansicht des Verfassers ist die kombinierte Systemerkrankung der ältere Procefs, denn in dem Erweichungsherde ist die Degeneration der verschiedenen Systeme, besonders der Gollschen Stränge deutlich ausgeprägt, und er hält die Affektion für eine Lues spinalis. Unter 30 Fällen von kombinierter Systemerkrankung hat er nur in 5 Fällen Syphilis konstatieren können. Der zweite Fall stellt eine typische akute Bulbusparalyse dar. Neben einer plötzlich auftretenden linksseitigen Lähmung entwickelt

sich eine doppelseitige Abdomenlähmung und eine Parese der unteren Hälfte der Faciales, und schon am nächsten Tage findet man eine Lähmung aller 4 Extremitäten, beider Faciales, beider Hypoglossi, eine Lähmung der Schling- und Kehlkopfmuskeln und eine hochgradige Dyspnoe und Pulsbeschleunigung. Anatomisch fand man eine totale Zerstörung der Pyramidenbahnen rechts, während dieselbe links nicht so vollständig ist. Auf beiden Seiten der Brücke sind die inneren Schleifenbahnen zerstört. Die einzige luetische Erkrankung, die gefunden wurde, war die gummöse Veränderung der Arteria basilaris, wenn man von der geringfügigen Affektion der Meningen absieht. Klinisch war der dauernde und starke Kopfschmerz das einzige Symptom, durch welches sich die luetische Hirnaffektion während langer Zeit kundgab.

L. Hoffmann-Berlin.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Der Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen des tierischen Organismus und die chemische Zusammensetzung des BROWN-SÉQUARDschen Heilmittels, von ALEXANDER PÖHL. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 49.) Manche Drüsen sind Stätten, in denen tonisierende Substanzen für den Körper bereitet werden. Die von BROWN-SÉQUARD angeregte Verwendung des Testikelsaftes war schon im Altertum bekannt. Bibergeil und Moschus enthalten Spermin. Die BROWN-SÉQUARDsche Testikelemulsion, deren chemische Analyse P. giebt, enthält als wirksamsten Bestandteil das Spermin-POEHL, das durchaus nicht mit Piperazin identisch ist und ein wirksames Tonicum für das Nervensystem ist. Verfasser fand das Spermin auch im weiblichen Organismus und aufser in den Testikeln in der Prostata, Schilddrüse, Pankreas, Milz, Ovarien. Die BÖTTCHERschen Sperminphosphatkrystalle sind wahrscheinlich identisch mit den CHARCOT-LEYDENschen Krystallen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Solide perivesikale Tumoren, von GUYON. (*Bull. méd.* 1891. 3. Mai) Im Hypogastrium, durch einfache Palpation fühlbare Tumoren, die mit der Blase zusammenhängen, sind meistens perivesikale Neoplasmen oder Entzündungen. Wahre Neoplasmen der Blase sind niemals im Hypogastrium durch einfache Palpation fühlbar; nur durch die kombinierte Untersuchung vom Rectum und den Bauchdecken sind sie erkennbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bei einem 45jährigen Patienten, welcher wegen heftiger Blutung per urethram in VERHOOGENS Behandlung kam, konstatierte dieser mittelst Endoskops, circa 4 cm hinter dem Meatus einen hirsekorngrofsen **Polypen**. Mehrmalige energische Kauterisation (womit?), Heilung. (*La Policlinique.* 1893. No. 1.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Auf dem 21. Kongrefs für Chirurgie (ref. *Deutsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 50) stellte KÜSTER einen Knaben vor, dem vor 3 Jahren eine Hydronephrose eröffnet war; um den Urinabflufs durch die Fistel zu sistieren, legte er den Ureter frei, resecierte die stenotische Partie und vernähte die beiden Enden; der Erfolg war günstig, so dafs die Fistel geschlossen werden konnte. REICHEL fand bei einem Knaben als Inhalt einer Leistenhernie den prolabierten Ureter; er eröffnete ihn und nähte das laterale Ende in die Bauchwunde, mufste aber 8 Tage später wegen auftretender Hydronephrose die Niere entfernen.

F. Hahn-Bremen.

Über den positiven Wert der NYLANDERschen Zuckerprobe, nebst Bemerkungen über das Phenylhydrazin, von KISTERMANN. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 50.) Verfasser fand unter 261 Fällen pathologischer Harne 13 mal mit NYLANDERS Reagenz (Wismutprobe) ein positives Resultat, während die Gährungsprobe negativ

ausfiel; ebenso unter 25 normalen Individuen in sechs Fällen; es handelte sich meist um hochgestellte Urine, die also eine reducierende Substanz enthalten, welche den positiven Wert der Nylanderschen Reaktion einschränkt.

Auch die in neuerer Zeit als ganz unzweideutig gepriesene Probe mit Phenylhydrazin ergab bei circa 100 normalen Harnen stets in dem Sediment die charakteristischen gelben Krystalle (Nädelchen); also auch diese Probe ist nicht einwandsfrei, wohl aber glaubt Verfasser mittelst derselben aus der Menge des entstandenen krystallinischen Niederschlags mikroskopisch noch einen Zuckergehalt bis zu 0,05% sicher erkennen zu können, da in den Harnen, die keinen Zucker enthalten, die Zahl der Nädelchen bedeutend geringer ist und sich neben ihnen zahlreiche amorphe Kugeln und Schollen finden. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Pathogenie der nicht entzündlichen Hämospermie, von Jamin. (*Annal. des mal. gén.-ur.* November 1891.) Blutige Samenergüsse finden sich häufig bei Gonorrhoe. Ferner, ohne Entzündung, bei häufig ausgeübtem Coitus. Auch bei langer Abstinenz mischt sich dem Samen Blut bei, indem durch die Stagnation des Blutes eine Kongestion in den Samenblasen stattfindet. Jamin nimmt eine Hämorrhagie „a vacuo" an: die übermäfsig gefüllte Samenblase wird plötzlich entleert, es erfolgt heftiger Zufluſs des Blutes und Gefäfsruptur. *F. Hahn-Bremen.*

Resektion des perinealen Teiles der Urethra. Unmittelbare und totale Heilung, von M. F. Guyon. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie.* 1892. No. 20.) Verfasser tritt für eine auf die untere Urethralwand beschränkte Resektion ein, da die obere Wand meistens normal ist und damit das starke Auseinanderweichen der Schnittenden verhütet wird. Zur Harnröhrenbildung können auch die Weichteile des Dammes mit gutem Erfolge benutzt werden. Die Gefahr der Urininfiltration ist so gering, daſs Verfasser sofort die Wunde total vernähte ohne jede Drainage. Die vor der Naht in die Urethra eingelegte Gummisonde, No. 20 oder 21, kann schon nach 2—4 Tagen entfernt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Fremdkörper in der Blase, von Fr. Mann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 32.) Bei einem 37 Jahre alten Gerbergesellen bestand heftiger Blasenkatarrh; dunkler, trüber, sedimentierender Urin; Eiterkörperchen, Mikroorganismen; Schmerzparoxysmen. Durch entsprechende Behandlung Besserung, aber es bleiben die Schmerzanfälle. Bei einem solchen ging ein 2 mm dicker, 3 cm langer, aus reinem Rindstalg bestehender Fremdkörper ab. Patient gestand, vor einem halben Jahre drei Spritzen flüssigen Rindstalg sich in die Harnröhre eingespritzt zu haben, weil er Brennen in derselben verspürte und dieses dadurch mildern wollte. Er verspürte sofort Schmerzen; durch Drücken und Streichen konnte er einen Teil wieder herausbefördern. — Nach Abgang des Rindstalgs bald Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Zerreiſsung der Harnblase, von H. Schlange. (*Archiv f. Chirurgie.* No. 43, S. 1.) Nach Überfahren quer über den Leib bei gefüllter Blase trat bei einem 34jährigen, kräftigen Manne heftiger Schmerz in der Regio suprapubica, starker Harndrang, oberflächliche Atmung, frequenter Puls ein. Der Bauch war aufgetrieben, die Bauchdecken hämorrhagisch infiltriert; durch den Katheter entleeren sich nur wenige Tropfen blutiger Urin. Nach 24 Stunden Sectio alta. Es findet sich ein 5 cm langer Riſs an der Hinterwand der Blase, ein etwas gröſserer am Scheitel; also eine extra- und intraperitoneale Blasenzerreiſsung. Entfernung des Urins mit sterilen Tupfern, Naht des Blasenperitonealrisses, Vereinigung der Blasenschleimhaut mit der äuſseren Haut, Tamponade mit Jodoformgaze der Blase und der extraperitonealen Wunde. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Harnblasenzerreifsungen, von R. Rieder. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1892. No. 24.) Ein 8 cm langer Querrifs der Harnblase, entstanden bei einem 44jährigen Manne durch Sturz von der Treppe, wurde 48 Stunden nach der Verletzung genäht; Jodoformgazetamponade, Dauerkatheter, der aber bald wegen eiteriger Urethritis fortgelassen werden mufste. Die Blasenwunde heilte erst, nachdem die Naht zum Teil nicht gehalten hatte, im Wasserbade, das dem Patienten sehr wohl that, nach 32 Tagen. — Verfasser empfiehlt dringend die Naht der Blasenwunden, die ja bei gleichzeitiger Jodoformgazetamponade niemals schaden kann. — Jedenfalls ist eine ausgiebige Incision in der Regio hypogastrica bei jeder Zerreifsung der Harnblase notwendig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Schleimhautfissuren der Blase beim Weibe, von J. Heitzmann. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie.* 1892. No. 2.) Die Häufigkeit der Cystitis bei Frauen hängt teils mit den sexuellen Funktionen, teils mit dem anatomischen Bau der Beckenorgane zusammen. Die Schlaffheit der Scheide und des Beckenbodens, besonders nach vielen Geburten begünstigt die Entstehung einer Cystocele mit Stagnation des Harns und Cystitis. — Die seltenere Gonokokkeninfektion der Blase macht heftige Beschwerden. — Die schleichenden Blasenentzündungen führen zur Abstofsung von Epithel und Bildung von Fissuren und Erosionen, welche bedeutende Störungen bewirken, örtlicher und allgemeiner Natur. Harndrang, Tenesmus, blutiger Harn oder auch Entleerung von etwas Blut am Schlufs des Harnlassens, Schmerz, Blasenkrampf, Beschwerden beim Coitus treten auf. Ein Stechen entspricht genau dem Sitze der Fissur und tritt schon bei leisem Druck von der Vagina aus hervor. Im Endoskop erscheint die Stelle als rote, lineare Spalte oder als seichter Ritz, die sehr leicht blutet. — Als Ursachen sind zu nennen Tripperinfektion, Kohabitationsversuche, zumal bei enger oder wegen vorgerückten Alters verengter Scheide, Katheterismus. — Vielleicht können Polypen, Papillome, selbst Carcinome von solchen Fissuren ausgehen. — Die prophylaktische Therapie erfordert sorgsame Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs, besonders Ausspülungen mit schwachen Lösungen von Kalium permanganicum. — Die direkte Behandlung der Fissuren mufs eine lokale sein mittelst des Endoskops oder, wenn der Sitz festgestellt ist, unter Leitung des Tastgefühls, indem man ein Stückchen mit dem entsprechenden Medikament getränkte Watte an einer Sperrpincette durch die Urethra an die Stelle führt, die durch den von der Vagina führenden Finger schmerzhaft erregt wird. Heilung gewöhnlich durch wenige Ätzungen. Aufserdem mufs natürlich die Ursache (Cystocele etc.) bekämpft werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fort berichtet in der *„Revue chirurgicale“* (1893. No. 1) über mehrere Fälle einfacher und multipler **Urethralstrikturen**, die er mit seiner Methode der linearen Elektrolyse radikal geheilt hat. Das Verfahren wird als aufserordentlich wirksam, dabei als gefahr- und schmerzlos gepriesen. Zur Anwendung kommen Stromstärken von 10—12 Milliampères. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über eingebildete Strikturen, von A. Peyer. (*Correspondenzbl. f. schw. Ärzte.* 1892. No. 21.) Verfasser erwähnt die Krankengeschichten von 4 Patienten, welche längere Zeit wegen angeblicher Urethralstriktur ärztlich behandelt worden waren. Dem Verfasser gelang nun die Katheterisation mittelst stärkster Nummern in diesen Fällen mit gröfster Leichtigkeit. Es handelte sich nämlich in denselben, sowie in zahlreichen anderen nicht um eine Striktur, sondern lediglich um eine durch Reflexaktion (infolge unrichtiger Katheterisation etc.) hervorgebrachten Krampf der Urethralmuskeln. An einen solchen müsse der Arzt zuweilen denken in Gegenwart von „Striktur“-Patienten, deren Anamnese nichts von durchgemachter Gonorrhoe ergiebt

die aber Störungen in den Harnwegen (spiralförmiger Harnstrahl, Widerstand beim Bougieren etc.) oder anderweitige Zeichen nervöser Reizbarkeit aufweisen. Nicht zu unterschätzen ist hierbei auch die Wirkung der Psyche, die Arzt und Patienten irreführen kann. Bei der Therapie solcher Strikturen ist demnach gröfste Ruhe und Sorgfalt von seiten sowohl des katheterisierenden Arztes als des Patienten Haupterfordernis. Zur Feststellung der Diagnose wird öfters allgemeine oder lokale (Kokain 5%) Anästhesie nötig sein. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Im „*Correspondenzbl. f. schw. Ärzte*". (1892 No. 24.) wird von Haffter folgender **nützlicher Kniff beim Bougieren der strikturierten männlichen Harnröhre** empfohlen: Die Urethra wird mit Sol. Cocaini (4%) und Sublimati (1‰) āā vollständig gefüllt und hinter der Glans mit zwei Fingern komprimiert. Nach dem Zurückziehen der Spritze wird die Bougie eingeführt, wobei darauf zu achten ist, dafs die injicierte Flüssigkeit nicht herausfliefse. H. konnte auf diese Weise die Bougies leicht durch die Striktur gleiten lassen, indem sich dieselbe wahrscheinlich durch den flüssigen Inhalt trichterförmig formierte und hiedurch die seitlichen Faltungen sich ausglichen. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Über die Behandlung der eiterigen Cystitis mit Jodoformemulsion, von N. N. Filippow. (*Chirurg. Westnik.* August 1891.) In mehrtägigen Intervallen wurde nach vorausgeschickter Ausspülung mit ¼%iger Milchsäurelösung 20—40 g einer 10%igen Jodoformemulsion in die Blase injiziert; nach 15 Minuten liefs man sie wieder abfliefsen, nachdem sich natürlich das Jodoform inzwischen niedergeschlagen hatte. In drei Fällen sah Verfasser erheblichen Nutzen ohne jede Nebenwirkung und Intoxikationserscheinung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Ein Beitrag zur Gonokokkenmetastase, von Gabriel Horwitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 4.) Als Trippermetastasen ist eine ganze Reihe von Krankheiten beschrieben worden. Neben dem bekannten Tripperrheumatismus sind zu nennen: Entzündung der serösen Häute, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Endocarditis, Iritis, Iridochoroiditis, Nervenerkrankungen (Myelitis, Hypochondrie, Hysterie), Stomatitis. Für das Zustandekommen der Metastasen machen die einen Mischinfektionen verantwortlich, andere den Gonococcus selbst, wiederum andere seine Stoffwechselprodukte. Guyon und Janet fanden in drei Fällen von Arthritis gonorrhoica in der durch Punktion entleerten Flüssigkeit keine Mikroorganismen. Haab fand in einem Falle keine Gonokokken, sondern Staphylokokken, Weichselbaum Streptokokken, Smirnoff Gonokokken in grofser Menge, ebenso Sonnenburg, während Bockhart in einem suppurativen Bubo nur Staphyloccus pyogenes aureus, in einem Nierenabscefs dagegen Gonokokken konstatierte. Ceppi konnte bei einer blenorrhagischen Peritonitis, Sahli in einem Abscesse am Kniegelenk Gonokokken nachweisen. Am unzweifelhaftesten ist der Gonokokkenbefund von Deutschmann bei einem gonorrhoischen Gelenkrheumatismus.

Verfasser führt einen selbst beobachteten Fall an: Bei einem mit Gonorrhoe behafteten, 27 Jahre alten Patienten entstand ein Abscefs am Dorsum metacarpi sinistri. Der aus der Abscefshöhle bei der Incision entleerte Eiter wurde von Paltauf untersucht. Derselbe fand Gonokokken und züchtete dieselben auf dem von Wertheim angegebenen, aus Agar und Blutserum bestehenden Nährboden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Tripper und die zur Verhütung seiner Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Mafsregeln, von Scholz. (*Vierteljahresschr. f. ges. Med. und*

öffentl. Gesundheitspflege. N. F. Bd. 3.) Nachdem Verfasser die Gefahren der Gonorrhoe, ihren Einfluſs auf die Sterilität der Frauen, die Blennorrhoea neonatorum geschildert, wobei er das Kornsche Verfahren zur Verhütung des letztgenannten Leidens lobend hervorhebt, giebt er die bekannten, auf Neissers Veranlassung in Breslau durchgeführten Präventivmaſsregeln wieder, die in regelmäſsiger mikroskopischer Untersuchung der Prostituierten auf Gonokokken (diese ergab in Breslau Gonorrhoe bei 40% der bis dahin als gesund Befundenen) gipfelt. — Zum Schluſs verlangt er Strafbestimmungen für diejenigen, welche in fahrlässiger Weise die Heilung von ansteckenden Krankheiten zu betreiben unterlassen und wissentlich dieselbe weiter verbreiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von Gonokokken im weiblichen Genitalsekret, von H. Büttner. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* Nov. 1892; *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 9.) Die Nachprüfung der Neisserschen Resultate bezieht sich nur auf ein kleines Material von 54 Fällen. Von 16 im Hospital befindlichen Prostituierten fanden sich bei 11 Gonokokken = 68%, und zwar 6 mal in Urethra und Cervix, 4 mal nur in der Urethra und 1 mal nur im Cervix. Bei 6 Prostituierten des Hospitals war die Gonorrhoe schon makroskopisch erkennbar, bei allen waren Gonokokken vorhanden. Von den 32 ambulanten Prostituierten haben 9 = 28% Gonokokken. Für alle Untersuchten ergiebt sich ein Procentsatz von 48 gonorrhoisch Inficierten. Verfasser kommt daher zu denselben Schlüssen, wie Neisser. — Wenn er die auffallende Thatsache, dafs bei den ambulanten Prostituierten der Procentsatz ein so erheblich geringerer ist, damit zu erklären sucht, dafs die im Hospital Befindlichen meist jünger sind, und die Infektion gerade bei den jüngeren häufiger ist, so steht das mit der verbreiteten Ansicht von der schweren Heilbarkeit der Gonorrhoe im Widerspruch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neues Mittel gegen Gonorrhoe empfiehlt Alejandre Infante (*Revista médica de Chile. Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 5) gegen Gonorrhoe: Er gab innerlich 2—3 Eſslöffel einer 2—5%igen wässerigen Mixtur von Extractum fluidum von Aplopappus clareta und erzielte in hartnäckigen Fällen in kurzer Zeit günstigen Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoeinjektion:

Antipyrin	2,0
Hydrarg. bichlor.	0,02
Aq.	200,0

Jedesmal nach dem Urinieren eine Spritze; eine halbe Stunde in der Harnröhre lassen. (*Therap. Blätter.* 1893. No. 1.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur ambulanten Behandlung der Epididymitis gonorrhoica, von Dr. G. Falkson in Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 3.) Der bei der Gonorrhoe entzündete und dadurch angeschwollene Nebenhoden resp. Hoden verursacht dem Patienten beim Stehen und Gehen durch seine Schwere und dadurch wiederum durch Zug und Dehnung des ebenfalls entzündeten Vas deferens bedeutende Schmerzen. Um diese zu mildern, mufs das erkrankte Organ ruhig gestellt werden, wobei durch einen gleichmäſsigen Druck und Erzeugung einer gleichmäſsig feuchten Wärme die entzündliche Infiltration resorbiert wird. Alle diese Momente sollen bei dem vom Verfasser konstruierten Suspensorium zusammentreffen. Dasselbe besteht aus einem Gurt, der vorn ein Mittelstück von 17 cm Länge hat, welches auf die Symphyse zu liegen kommt und in schwachem stumpfen Winkel von etwa 160° mit den seitlichen Gurtteilen, welche den Darmbeinschaufeln aufliegen, in Zusammenhang steht. Dadurch

dafs der Gurt fast nur das Beckengerüst als Stützpunkt hat und aufserdem mit bestem Wildleder abgefüttert ist, kann man ihn so fest als möglich anziehen, ohne dafs der Kranke durch Druck geniert wird. Der Beutel, der aus derselben derben, grauen Leinewand verfertigt ist, wie der Leibgurt, hängt direkt mit dem Gurt zusammen, das Penisloch ist an seinem oberen Rande und wird oben direkt vom Leibgurt begrenzt. Es hat eine längliche Gestalt. Zur Befestigung der seitlichen Beutelgurte dienen Schnallen, die eine Hebung bis zur denkbar stärksten Spannung ermöglichen. Am unteren hinteren Winkel des Beutels inserieren die beiden Schenkelgurte, welche in der üblichen Weise in der Glutäalfalte um die Schenkel herumgeführt und mit kräftigen Schnallen auf jeder Seite des Leibgurtes befestigt werden. Durch starkes Anziehen derselben wird der ganze Hodensack fest, wie eingemauert, liegen. Die Anlegung geschieht folgendermafsen: Nach Bestreichung des ganzen Scrotums dick mit Vaseline wird ein etwa 20—25 qcm grofses Stück Gummipapier, das vorher mit einem Loch für den Penis versehen ist, aufgelegt. Darüber eine dicke Schicht Watte darüber der Beutel, der die Watte zusammenpreſst, wobei dann der Leibgurt und dann der Schenkelgurt befestigt werden, die durch die Schnallen so stark angezogen werden, als es der Patient verträgt. Der Verband bleibt vier Tage hindurch, auch des Nachts, unverändert liegen. Patient mufs jedesmal vor der Defäkation erst urinieren, damit er den Beutel nicht durchnäſst. Alsdann wird der Verband erneuert und bleibt wieder vier Tage liegen. Es genügen gewöhnlich 12—14 Tage, bis die Epididymitis geheilt ist. Zu beziehen ist dieses Suspensorium in Nobes Apotheke, Berlin S., Dresdenerstr. 31. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Punktion der Tunica vaginalis bei der akuten blennorrhagischen Orchitis, von M. Trekaki. (*Gaz. médicale de Paris.* 1892. No. 16.) In 20 Fällen von Epididymitis gonorrhoica eröffnete der Verfasser die Tunica vaginalis, indem er ein 5—6 mm breites Messer 2—3 cm tief einstiefs und in der Wunde drehte. Darauf traten 1—3 Eſslöffel Flüssigkeit aus und nach 2—5 Stunden liefs der Schmerz erheblich nach; in einem Falle mufste eines Recidivs wegen die Punktion wiederholt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Irrigation mit Lösungen von Kalium permanganicum bei der Behandlung der blennorrhagischen Ophthalmie, von Albert Terson. (*Archives d'ophthalmologie.* 1892. No. 10.) Mit demselben günstigen Resultate wie bei der Urethralgonorrhoe hat Verfasser das Medikament bei der Konjunktivalblennorrhoe angewendet. Die Lösungen, in einer Koncentration von $^1/_{5000}$ bis $^1/_{2000}$, müssen in breitem Strahle öfters appliciert werden und in einer Weise, dafs die Taschen vollständig ausgefüllt werden können. Das eitrige Sekret verwandelt sich so rasch in ein seröses. Die Procedur verursacht fast keine Schmerzen und, soweit die Beobachtungen reichen, auch keine Cornea-Störungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verſchiedenes.

Ungewöhnliche Fälle aus der Dermatologie, von George T. Elliot. (*New York med. Record.* 1891. Bd. 39, No. 20.)

1. Akutes cirkumskriptes Ödem. Bei einem 49jährigen Manne traten nach Anomalien in der Verdauungsthätigkeit zuerst am Fufs, dann an Händen, im Gesicht, an der Zunge etc. in 24 Stunden wieder schwindende, hühnereigrofse Anschwellungen

auf, nachdem ein unangenehmes Juckgefühl vorangegangen. Zugleich entstand eine Urticaria, die schnell schwand. Schlaf, Appetit schlecht; Gewichtsabnahme 38 Pfund; Verschlimmerung nach Belladonna. Patient leidet seit acht Monaten daran. — Interessant ist besonders die Kombination der flüchtigen Ödeme mit typischer Urticaria.

2. Multiple syphilitische Initialläsionen. Fünf Tage nach einem suspekten Coitus ein Schankroid am Praeputium, zwei Tage später ein zweites (Autoinokulation); keine Drüsenschwellung; Heilung unter Jodoform. Zehn Wochen später in drei Tagen heilender Herpesfleck; acht Tage später zum Teil excoriierte und geschwürige, harte Papeln, Anschwellung der Inguinaldrüsen; Besserung unter spezifischer Behandlung. — Später stellten sich eine Polyadenitis, eine Maculaeruption und papulöse Dermatitis ein. (Welches ist nun eigentlich der Initialaffekt? Wahrscheinlich doch die harten Papeln. Die vorausgegangenen Erscheinungen haben doch wohl mit der Lues nichts zu thun. Der Ref.)

3. Lymphangioma circumscriptum. Bei dem 12jährigen, kräftigen Knaben bemerkte man kurz nach der Geburt die ersten Zeichen des jetzt entwickelten Leidens. Am rechten Unterschenkel tief sitzende, vesikuläre, stecknadelkopfgroße Erhebungen, umgeben und begleitet von varikösen Gefäßen, an den ältesten Stellen im Unterhautzellgewebe wallnußgroße, geschlängelte Gefäße, wahrscheinlich kavernöse Lymphangiome.

4. Dermatitis gangraenosa infantum. Bei einem 1½ Jahre alten, an Stomatitis aphtosa leidenden Kinde traten an der Vulva, der Innenfläche der Oberschenkel, dem Mons veneris und an den Nates Bläschen auf, unter denen es zu ausgedehnten Substanzverlusten kam. Heilung durch Leberthran, Ichthyolsalbe in 14 Tagen.

5. Recidivierendes desquamatives Erythem. Eine sechsmal in drei Jahren recidivierende akute Dermatitis desquamativa.

6. Chloasma bei Hypospadie. Am Gesicht und den Handgelenken bestanden im Winter schwindende Chloasmen bei einem 35jährigen Manne mit ausgesprochener Hypospadie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vereinfachung der Elektrotherapie durch einen neuen Universalcommutator, von Szuman. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 42.) Dieser neue Commutator gestattet mit einem Griff die sämtlichen in der Elektrotherapie gebräuchlichen Apparate und Stromarten einzuschalten, bezw. zu wechseln. Abbildungen erläutern die Konstruktion. Derselbe hat sich nach den Erfahrungen des Verfahrens brillant bewährt. *F. Hahn-Bremen.*

Hypertrophie der Zungentonsille nebst Bericht über 15 Fälle, von W. Scheppegrell. (*Med. News*, 29. Oktober 1892.) Aus der relativ dürftigen Litteratur über diesen Gegenstand und dem Umstand, daß an der Hals- und Ohrenklinik in New Orleans unter 100 Patienten 8 eine hypertrophische Zungentonsille aufwiesen, schließt S., daß der Zustand häufig übersehen werde. Die Affektion verläuft aber auch oft ohne irgend welche besondere Beschwerden, andererseits bedingt sie manchmal ein Gefühl, als ob ein Fremdkörper im Schlunde feststecke, Schluckbeschwerden, Gefühl einer in der Speiseröhre aufsteigendem Kugel (Globus hystericus) und allerlei andere reflektorische Symptome des Nervensystems. Wenn man die Zunge möglichst weit vorzieht und das Velum palatinum mit einem Kehlkopfspiegel sanft, aber fest zurückdrängt, so sieht man bei guter Beleuchtung an der Basis der Zunge an der sonst glatten Fläche eine Anzahl breiter Granulome. Die Behandlung besteht in der Anwendung des Galvanokauters, welcher besser wirkt, als chemische oder andere Mittel. Die meisten der 15 hier berichteten Fälle gelangten zur völligen Heilung.

Philippi-Nieheim.

Sachverzeichnis.

E.-H. = Ergänzungsheft.

Abreifskalender, Mattonis 254.
Abscesse nach Variola (Combemale und Marivint) 384.
— im Gefolge der Varicellen in einer knöchernen Narbe (Kummer) 384.
—, Kalte 440.
Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der Einreibungskur (Welander) 372.
Achorion 17. 387. 535; (Marianelli) 200.
— euthythrix 26. 341.
— atakton 28. 341.
— radians 29.
— dikroon 57. 341.
— akromegalicum 59.
— demergens 61.
— cysticum 63.
— moniliforme 66.
— tarsiferon 69.
Acidum cinnamylicum 468.
— phenyloboricum 469.
Acne 385. 441. 467; — des Gesichts, Behandlung (Regnault) 388.
—, Thrombose der Augenvenen und des Sinus cavernosus infolge von (Destot) 390.
— und Alopecie (Bulkley) 538.
— cachecticorum, E.-H. 110.
— decalvans 337.
— e bromo 538.
— keloidea Bazin (Melle) 195.
— necrotica 266. 368.
— pigmentosa 87.
— rosacea 146. 539. E.-H. 110; — Behandlung nach Stopford-Taylor 331.
— sebacea (Barthélemy und Jacques) 193.
— syphilitica 79.
— varioliformis s. necrotica.
Acne, Behandlung mit Schwefel 146.
Addisonsche Krankheit 200; (Leichtenstern) 394; (Pagenstecher) 394.
—, Pigmentation bei (Raymond) 338.
Addisonsche Krankheit ohne sichtbare Veränderungen der Nebennierenkapsel. Verwachsung einer tuberkulösen Drüse mit dem rechten Semilunarganglion (Brault und Perruchet) 394.
Adenitis infectiosa (Reignier) 388.
— tuberculosa 440.
Adenome der Knäueldrüsen 175. 480.
Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei zu Bremen, Therapeutische Verwendung des (Sack) 360.
Ägyptische Beule (Hassan) 135.
Akrokeratome, E.-H. 54.
Akromegalie 101. 536; (Buzer) 338; (Fratnich) 547.
—, Pathologische Anatomie der (Marie und Marinesco) 172.
Aktinomyces, Eingangspforten der (Partsch) 543.
Aktinomykose der Lippen (Mari) 543.
—, Behandlung mit Jodkalium (Iterson) 543.
Aleppobeule 135.
Alexine, Antibakterielle Wirkung der (Hankin) 144.
Alopecia 148. 272. 286. 319.
— bei der Keratosis pilaris, Bemerkungen zur (Brocq) 72.
—, Neue Behandlungsmethode der (Morel-Lavallée) 387.
— und Acne (Bulkley) 538; — und Trichophytie (Brocq) 542.
—, Therapie der (Paschkis) 199.
— seborrhoica und Keratosis pilaris, Beziehungen zwischen dem Haarschwund bei (Brocq) 333.
— syphilitica, Gegen (Riekma) 102; — und ihr Verhältnis zu den Veränderungen der Alopecia areata; Histologische Veränderungen der (Giovannini) 157.
— senilis 539.
— praematura 539.
Alopecia areata 157. 266. 387. 467.

Alopecia - Behandlung mit Jodkollodium (Tison) 202.
—, Pathologie und Therapie der (Crocker) 341.
— mit nachfolgender Vitiligo (Dubreuilh) 473.
Alopécie cicatrisante innominée 337.
Aluminium - Kalium sulfophenolicum 468.
Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum (Heinz und Liebrecht) 145. 178.
—, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe (Chotzen) 274.
Amöben bei Knochennekrose 234.
Amylum jodatum (Werbitzky) 468.
Anästhesie durch Kokain, Lokale (Neudörfer) 550.
Anaestheticum, Mischung von Stickstoffoxydul und Sauerstoff als (v. Arsdalen) 549.
Analfissur 150.
Anektasin 444.
Angina durch Streptokokken mit Purpura und Arthropathie (Raoult) 545.
—, Diphtherieähnliche syphilitische (Rolin) 294.
— epiglottica 349.
Angiokeratoma, E.-H. 55; (Audry) 473. 474; (Dubreuilh) 473; (Mibelli) 154; (Audry und Deydier) 392.
Angioma 548; (Deubel) 392.
— der Zunge (Riehl) 425.
— cutis simplex 481.
Angioneurose, welche Plaques erzeugt, die durch Alopecie, Ischämie, Anästhesie, Achromatose und Pigmentflecke charakterisiert sind, Varietät von (Hallopeau) 148.
Angioneurotisches Ödem 442; (Starr) 147.
Anstaltsberichte s. Berichte.
Anthrax; Excision des inficierten Gewebes, Heilung (Johnson und Nicholas) 335.
—, Schwerer Fall von (Darier-Colly) 388.
— und Staphylococcus (Bougan) 388.
—, Antiseptische Behandlung (Burlureaux) 544.
Antifebrin zur Behandlung harter und weicher Schanker (Basilewitz) 299.
Antipyrin, Ödematöse Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des (Freudenberg) 443.
—, Erythem nach Einführung von (Diaz) 443.
Antipyrinexanthem, Zur Kenntnis des (Möller) 150; (Fournier) 280.
Antiseptica, Bemerkungen über die Technik der Prüfung der (Spirig) 277.
Antiseptische Mischungen pulverförmiger Substanzen (Cavazzini) 278.
— Stoffe, Wirksame Gemische von (Christmas und Respaut) 280.
Aphthen 254.
Aplasia moniliformis 73.
Aräo-Saccharimeter, Weitere Mitteilungen über das (Schütz) 205.
Aristol 172; (Allen) 273.
— und Europhen (Eichler) 273; (Richtmann) 273.
— bei Hautkrankheiten (Sormani) 274.
Arnikatinktur bedingtes artificielles Erythem, Ein durch (Dubois-Havenith) 149.
Arsen, Erwiesenes und Hypothetisches vom (Husemann) 585.
Arsengebrauch, Beitrag zum Studium der Hauterkrankungen nach (Rasch) 587.
Arsenlähmungen (Marik) 278.
Arsenmelanose (Müller) 377.
Arseniklähmung, Zur Kenntnis der (Gumprecht) 585; (Jolly) 586.
Arthritis suppurativa des Knies im Verlaufe einer Gesichtsrose (Gaillard) 194.
Arzneiexanthem 149. 150. 151. 168. 280. 281. 370. 377. 443. 538. 587. 588.
—, Fall von (Ehrmann) 239; (Lanz) 389.
Arzneimittel, Neues Dosierungssystem stark wirkender (Münzberger) 280.
—, Nebenwirkungen der (Lewin) 438.
Ascites bei Lebercirrhose, Behandlung mit Cremor tartari (Sakaki) 298.
Askoidien 3.
Asphyxia localis extremitatum Raynaud (Pospelow) 167.
— disseminata des ganzen Körpers bei einem Epileptiker (Féré) 237.
— symmetrica, Fall von (Scheiber) 237; (Kornfeld) 237; (Weifs) 238.
Aspiration der Blase, Tod nach (Sanger) 245.
Ataxie bei kongenitaler Syphilis (Square) 302.
Atheromcysten 243. — Genese der (Chiari) 134.
Atrichia adnata (Schultz) 242.
Atrophie; Klinischer, pathologisch - anatomischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium einiger Affektionen der behaarten Körpergegenden (Gesicht und Kopf) mit Ausgang in (Ducrey und Stanziale) 337.
— des Gesichts, Progressive (Popoff) 395.
— des subkutanen Fettgewebes, Herdweise (Pfeifer) 398.
Atropinintoxikation nach epidermatischem Gebrauch von Belladonnasalbe (Meltzer) 279.
Augenlid, Melanosarkom des (Helfreich) 197; Sarkom des (Flack) 197.
Augensyphilis (Fröhlich) 44; (Grofsmann) 45; (Galezowski) 189; (Silex) 595.
Augentripper der Erwachsenen, Prophylaxis des (Wolffberg) 494.
Aurantia, Ausschlag durch 588.
Aussatz s. Lepra.

Ausschlag bei Tripper, Papulo-vesikulöser und papulo-keratotischer (Vidal) 267.
Axungia 226.

Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind, Zur Färbung schwierig färbbarer (Unna) 109.
Bactérie septique de la vessie 477.
Bacterium lactis aërogenes 477.
— coli commune bei Cystitis 478.
Bakterielle Eiterung 232.
Bakterien auf chemotaktischem Wege, Reinzucht beweglicher (Kluge) 40.
Balanitis 272; bei einem dreijährigen Kinde (Leith) 207.
Barbers itch (Gottheil) 194.
Barbierstuben, Hygiene der (Blaschko) 266. 367.
Barlowsche Krankheit (Heubner) 240.
Bartholinische Drüse, Gonokokken im Gewebe der (Touton) 378.
Bassoringummi 272.
Behaarung, Fall von abnormer (Bartels) 445.
Beingeschwür s. Ulcus cruris.
Beleuchtungstrichter für die Harnröhre 206.
Belladonnasalbe, Atropinintoxikation nach epidermatischem Gebrauch von (Meltzer) 279.
Benzoeseife 36.
Beri-Beri (Pekelharing) 173.
Bericht, Klinischer, statistischer und therapeutischer, aus dem Spitale der Unheilbaren (Mario) 93.
— über das zweite Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld (Eichhoff) 551.
Berichtigung 208. 302. 350.
Beschneidung s. Circumcision.
Bettnässen s. Enuresis.
Beule, Ägyptische (Hassan) 135.
Bilharziosis, Fall von (Brault) 207.
Bindegewebsgeschwülste, Symmetrisches Auftreten von (Jentzsch) 547.
Birkenteer (Vigier) 275.
Biskrabeule 135; — Verlauf, Pathogenese und Behandlung der (Moty) 535.
Bismutum oxyjodatum 272.
Blase, Entfernung eines vier Zoll langen Glasstabes aus der (Todd) 51.
—, Pessarium occlusivum in der (Lohnstein) 51.
—, Bemerkungen zu J. Links Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der (Zuckerkandl) 52.
—, Entwickelungsgeschichte der (Keibel) 133.
— Epitheliom der (Albarran) 172.
Blase und ihre Folgezustände, Nichttraumatische Perforation der (Wagner) 206.
—, Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der männlichen (Link) 207.
— oberhalb der Pubes, Tod nach Aspiration der (Sanger) 245.
— quer durch die Wand, Infektion der (Reymond) 245.
—, Erysipel der (v. Frisch) 247.
—, Seltener Fremdkörper in der (Seydel) 345; — Flasche in der (Newton) 345.
—, Tumor der; Tod durch Hämorrhagie (Guyon) 345.
—, Ruptura der (Lloyd) 345; (Schlange) 601; (Rieder) 602.
—, Die ausdrückbare (Wagner) 490.
—, Fremdkörper in der (Mann) 601.
— beim Weibe, Schleimhautfissuren der (Heitzmann) 602.
Blasenausschlag 588; — infolge von Quecksilbermifsbrauch (Mouflier) 281.
Blasenausspülung bei chronischer Cystitis der Frauen (Lobingier) 244.
— bei eitriger Cystitis (Philippson) 344.
Blasenbildung, Hereditäre Neigung zu traumatischer (Blumer) 324; (Bonaniti) 589.
Blasenfistel bei inoperablem Prostatatumor, Permanente (Hoffmann) 489.
Blasengeschwülste, Zur Frage der operativen Behandlung der (Zuckerkandl) 245.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenscheidenfisteln, Operation von der Blase aus (Trendelenburg) 206.
Blasenstein (Forbes) 248; (Kenyeres) 491.
— durch Emser Wasser, Auflösung eines harnsauren (Langenbeck) 344.
Bleiausscheidung durch die Haut bei Bleivergiftung (Oddo und Silbert) 279.
Bleilähmung (Jolly) 586.
Blennorrhoea urethrae s. Gonorrhoe.
— neonatorum, Mafsnahmen zur Verhütung der (Kirstein) 251; (Wolffberg) 494.
Blut- und Serumdichte durch Hautveränderungen und durch externe Medikationen, Beeinflussung der (Schlesinger) 228.
Bluterkrankheit s. Hämophilie.
Blutgefäfse der Haut, Verteilung der (Spalteholz) 541.
Blutharnstoff bei Hautkrankheiten 145.
Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen, Untersuchungen über das quantitative Verhalten der (Pick) 153. 373.
Blutserum prädisponierter Tiere (Roger) 143.
Blutseruminjektionen gegen Syphilis (Kollmann) 45; (Tommasoli) 594.
Blutungen, Brennesselsaft gegen 145.
Blutveränderungen bei Syphilis und einigen Dermatosen, Morphologische (Rille) 187.

Bougies, Apparat zum Sterilisieren der (Kutner) 249.
Brennesselsaft gegen Blutungen und Hautkrankheiten (Dubar) 145.
Bromacne 538.
Bromexanthem (Dubois-Havenith) 281.
Bronzekrankheit s. Addisonsche Krankheit.
Brown-Séquardsches Heilmittel, Chemische Zusammensetzung des (Pöhl) 600.
Brustwarzen, Liniment gegen Schrunden der 282.
—, Überzählige 228.
Bubonen, Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung der (Zehender) 194.
—, Zur Frage der abortiven Behandlung der (Letnik) 249.
—, Einteilung der 322.
—, Behandlung, insbesondere seit Anwendung der Welanderschen Methode (Spietschka) 322.
— der Achselhöhle, Schankröse (Mauriac) 391.
— und Ulcus molle in ihren Beziehungen zu den Jahreszeiten, Die venerischen (Tommasoli) 547.
Bursitis gonorrhoica 328.

Cagots 286. 484.
Calcium bisulfurosum liquidum (Berg) 468. jodatum purissimum siccum 469.
Callositas, E.-H. 61.
Cancroin 381. 469; — nebst einigen Bemerkungen, Fremde Beobachtungen über die Wirkungsweise des (Adamkiewicz) 340.
Carcinoma 340. 392. 440; (Karg) 339.
—, Intracelluläre Gebilde bei (v. Heukelom) 133.
—, Parasiten des (Foà) 196.
— cutis multiplex (Kaposi) 196.
—, Parasitäre Theorie des (Browicz) 195.
— und Protozoa (Delépine) 198; (Ruffer) 339.
—, Protozoenartige Gebilde des (Török) 207.
— des Hodens bei einem Kinde (Sabrazès und Fromaget) 248.
—, Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen bei (Sawtschenko) 339.
— und das Prinzip seiner Behandlung, Untersuchungen über das (Adamkiewicz) 379.
— und Syphilis 380; (Baginski) 485.
—, Spontane Vernarbung von epithelialen (Billroth) 425.
—, Umwandlung von Naevi in 445.
Carcinomatöse Ulcerationen, Methylviolett zum Verband bei (Zilgien) 197.
Carcinombildung, Beziehung der Psorospermosen zur (Delépine) 391.
Carcinomgeschwülste, Sporidienähnliche Parasiten in (Sawtschenko) 391.
Cavernome 547. 548.
Chancre redux 129.
Chaulmoograöl, Veränderungen des Lepra-bacillus nach Behandlung mit (Mario 284.
Cheiropompholyx s. Dysidrosis.
Chemie, Repetitorium der (Arnold) 379.
Chemische Eiterung 232.
Chemotaktische Wirkungen des Tuberkulins und über die Reinzucht beweglicher Bakterien auf chemotaktischem Wege (Kluge) 40.
Chininkrätze 280.
Chininseife 36.
Chloasma bei Hypospadie (Elliot) 606.
Chloro-Anämie, Syphilitische und merkurielle (Stukovenkoff) 294.
Chlorzinkeinspritzungen gegen Lupus (Fedorow) 99; — gegen tuberkulöse Drüsen (Moncorvo) 100.
Cholin 382.
Chrestiaas 484.
Chromodermatosen, E.-H. 53.
Ciliaten 3.
Circumcision, Heilung nervöser Störungen bei Kindern mit kongenitaler Phimosis durch (Denucé) 204.
—, Tuberkulöse Infektion durch (Kolizew 491; (Pasternazki) 491.
—, Bericht der Kommission in Sachen der Regulierung der jüdischen 491.
—, Ritus des Aussaugens bei der (Chwolson) 492.
— bei Mohammedanern und ihre Antisepsis (Janowitsch-Tschainski) 492.
Cladothrix dichotoma im Urin (d'Haenens 245.
Clavi syphilitici 370.
Coccidium sarcolytus 381.
Coccobacillus ureae 477.
Collodiumwatteverband und seine Verwendung zu oberflächlichen und fixierenden Verbänden und zur Befestigung von Verweilkathetern (Biedert) 54.
Collum uteri, Syphilitische Sklerose des (Le Camus) 486.
Comedones, E.-H. 54; (Blondel) 192.
Condyloma acuminatum in der Harnröhre 51.
— planum 78.
Conjunctivalblennorrhoe 605.
Conjunctivalpemphigus 283.
Copaivabalsam 277.
Creme 365.
Cremeseife 278.
Cremor tartari bei Ascites, Lebercirrhose und Lebersyphilis 298.
Cretins, Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den (Lejard) 341.

Cruralvaricen (d'Haenens) 202.
Cutispigment 378.
Cystadenom 548.
Cysticerci der subkutanen Gewebe, multiple (Pye-Smith) 241.
— cellulosae und Gummata, Unterschied zwischen 241.
Cystinurie (Smith) 52.
Cystitis 207. 472.
—, Die akute (Verhoogen) 52.
—, Atiologie der (Schnitzler) 93.
— der Frauen, Blasenausspülung bei chronischer (Lobingier) 244.
— mittelst Sublimatinstillitionen, Behandlung der blennorrhagischen (Loumeau) 249; (d'Haenens) 249; — mit Salicylsäure (Bryson) 344.
—, Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der (Barlow) 476.
—, Blasenausspülungen mit Jodoformemulsion bei eitriger (Philippson) 344.
—, Behandlung der 344; (Tyson) 345.
— mit Jodoformäther-Ölinjektionen (Okev-Blom) 489.
— chronica, Salol bei (Sympson) 490.
— gonorrhoica 583.
— mit Jodoformemulsion, Behandlung der eitrigen (Filippow) 603.
Cystoskopie, Lehrbuch der (Nitze) 583.

Dactylitis syphilitica 101.
Dauerkatheter, Collodium-Watterverband zur Befestigung der (Biedert) 54.
Dementia progressiva in Verbindung mit ausgedehnten Gefäfsveränderungen, Eigentümliche, bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer (Homén) 598.
— paralytica und Hirnsyphilis (Binswanger) 45; — und Syphilis (Anglade) 487.
Depilatorium (Fox) 254.
Dermatitis 368.
— artificialis 104. 106.
— diffusa ex usu opii (Lanz) 168.
— herpetiformis s. Hydroa.
— durch fortgeleitete Lymphangitis (Lassar) 265.
— exfoliativa, E.-H. 53. 81. 91., Beitrag zum Studium der (Hallopeau) 268; Fall von (Steele-Utica) 542.
— medicamentosa diffusa (Lanz) 309.
— perifollicularis atrophicans 337.
— sycosiformis atrophicans 337.
— parenchymatosa 468.
— scarlatiniformis, E.-H. 95; (Hallopeau und Brodier) 580.
— vesiculosa traumatica des Vorderarmes (Duhring) 587.
— durch Aurantia (Puy-Le-Blanc) 588.
— gangraenosa infantum (Elliot) 606.
Dermatitis seborrhoica, E.-H. 54.
— exfoliativa neonatorum, E.-H. 100. 101.
Dermatol 93. 272; (Gläser) 273.
—, Ungiftigkeit des (Gläser) 35.
—, Anwendungebiet des (Heinz) 233.
— und Jodoform (Glaser) 273.
—, Bisher unbeachtete Eigenschaft des (Wicke) 441.
—, Behandlung mit (Werther) 233; — im Anna-Kinderhospital in Graz (Doernberger) 233.
Dermatologie, Schwefelzinkhydrat in der (Petrilli) 180; Ichthyol (Mourron) 441.
—, Anwendung der Seifen in der (Schwarz) 181.
—, Übersicht über neuere Heilmittel in der (Straufs) 467.
—, Ungewöhnliche Fälle aus der (Elliot) 605.
—, Fortschritte in der (Arnheim) 143.
Dermatologische Preisaufgabe s. Preisaufgabe.
—, Praxis, Einige neuere Heilmittel in der (Allen) 272.
Dermatomykosen, E.-H. 47.
Dermatoneurosen 12.
Dermatosen, Morphologische Blutveränderungen bei einigen (Rille) 187.
Dermographismus (Barthélemy) 444.
Dermoidcyste am rechten Ligamentum latum uteri (Abel) 424.
Dermoide 243; (Börner) 243; (Bowreman-Jesset) 243.
Desinfektion am lebenden Organismus (Behring) 231.
Desquamatio exfoliacea seu pityriasiaca, E.-H. 92.
Diabetes insipidus syphiliticus 366.
Diabetische Gangrän 396.
Diachylonsalbe 278.
Diaphtherin oder Oxychinaseptol (Hamecher) 274; (Rohrer) 274.
Diathèse dartreuse seu herpétique 14.
Doppelfärbungen 112.
Dosierungssystem stark wirkender Arzneimittel, Neues (Münzberger) 280.
Dunkeltärbung der Haut bei Melanosarkom, Diffuse (Bamberger) 393.
Durchgängigkeit der Haut für Mikrobien (Wasmuth) 439.
Dysidrosis 105.
Dysurie 248.

Eccema 187. 229. 230. 268. 385. 441. 467. 468, 471. 479. E.-H. 13. 27. 54.
— papulatum 12. 105. 233.
— lichenoides 453.
— acutum 104. 180; Behandlung des (Herxheimer) 103.
— artificiale recens (Thomas) 385.

Eccema pustulosum 542.
— corneum seu keratodes E.-H. 90.
— folliculare E.-H. 90.
— chronicum 104. 106. 180; — Behandlung des (Lanara) 103; — mit Kreolin (Patteson) 192. 331.
— neuroticum bei Erwachsenen (Barham) 589.
— madidans 278.
— squamosum 265. E.-H. 54.
— marginatum 105.
— intertrigo, Gangrän infolge von (Halpern) 150.
— seborrhoicum 104. 146. 265. 319. 333. 468. 474, E.-H. 45. 90.
— sudamen s. Miliaria.
—, Pathologie und Therapie des (Török) 103.
— des Säuglings- und Kindesalters nebst besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und diätetischen Behandlung (Russel) 191.
— und Folliculitis des Vestibulum nasi (Tissier) 192.
— vulvae (Lusch) 331; — barbae (Marchand) 332.
— und seine Behandlung mit Zinköl (Drews) 385.
Eccembehandlung (Saalfeld) 531.
Eccemsalben 365.
Ecthyma 144. 440.
Eingangspforte für Infektionskrankheiten, Die Haut als (Philippe) 228.
Eisenausscheidung durch die Haut bei Bleivergiftung (Oddo und Silbert) 279.
Eiterherd, Typhusbacillen in einem (Valentini) 336.
Eiterkörperchen, Die vermeintlichen Schlummerzellen und ihre Beziehungen zu den (Weigert) 143.
—, Zur Frage der Herkunft der (Marchand) 144.
Eiterungen, Ätiologie der akuten (Schtschegolew) 232.
Eiweifs im Harn bei tuberkulösen Erkrankungen (Kahane) 40.
Ektasin 444.
Ekzem s. Eccema.
Eleidin 473.
Elektroendoskopie der Harnröhre (Kollmann) 171.
Elektrolyse gegen Harnröhrenstrikturen (Newman) 170; (Fort) 171. 602.
—, Zerstörung der Haare durch (Brocq) 242; (Sack) 242.
Elektrolytische Operationen in der ärztlichen Praxis (Clasen) 233.
Elektrotherapie, Vereinfachung durch einen neuen Universalcommutator (Szuman) 606.
Elephantiasis Arabum 108. 481.
— scroti (Aretaios) 171.
Elephantiasis, Lymphgefäfse bei (Teichman) 544.
Elimination und Absorption des Quecksilbers bei der Einreibungskur (Wlander) 372; (Lindén) 326.
Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis (Engel-Reimers) 44.
Entfärbungsmittel für Bakterien 110.
Enthaarungsmittel bei Haarkrankheiten, Jodkollodium als (Butte) 253.
Enuresis nocturna, Manuelle Behandlung der (Rawikowitsch) 249; (Tienhoven) 134.
Epidermis, Freie Nervenendigungen in der (v. Gehuchten) 227.
Epidermoidale Bildungen, die mit Psorospermien verwechselt werden können, Bedeutung gewisser pathologischer (Kiener) 133.
Epidermoide Tumoren der Hand und Finger (Audry und Lacroix) 243.
Epidermolysis bullosa hereditaria (Blumer) 324; (Bonaniti) 589.
Epididymitis acuta, Zur Therapie der (Rörig) 53
— tuberculosa (Ledermann) 88.
— gonorrhoica 581; — Vollkommene Vereiterung des Hodens infolge von (Pérignon) 347; — Zur ambulanten Behandlung der (Falkson) 604.
Epilation durch Elektrolyse 242.
Epithelialcarcinomen, Spontane Vernarbung von (Billroth) 425.
Epithelioma 272. 274. 392.
—, Rolle der Psorospermien bei der Entwickelung des (Albarran) 172.
— der Blase (Albarran) 172.
— der Zungenbasis, Fibröses (Wright) 337.
— und Hydradenome 480; (Audry und Nové-Josseraud) 392.
— serpiginosum cutis (Kaposi) 426.
Epithelperlen im Munde Neugeborener, Stomatitis infolge von Reizung der (Garrigues) 254.
Erektile Tumoren mit Elektrolyse, Behandlung der (Heins) 393.
Erektion nnd Samenergufs bei Erhängten 346.
Eruptio aestivalis 591.
Erysipel 188. 229. 234. 441. 538.
—, Künstliche Erzeugung 142.
— der Blase (v. Frisch) 247.
—, Infektiöse Pneumonie infolge eines gutartigen (Rendu) 545.
— des Kopfes, Gangrän des Fufses nach (Davies) 341.
— der Haut, Allgemeine Streptokokkeninfektion infolge von (Pfuhl) 388.
— des Gesichts 272; (Talamon) 193; — Arthritis suppurativa im Verlaufe eines (Gaillard) 194; — Behandlung mit Sublimatzerstäubungen (Colas) 389;

— Ichthyol gegen (Radcliffe) 193; — Abortivbehandlung mit Sublimatätherzerstäubungen (Thalamon) 335.
— chronicum 265.
— medicamentosum (Lanz) 309.
—, Mitteilungen von der I. medicinischen Abteilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses nebst kritisch-therapeutischen Bemerkungen über (Gläser) 335.
—, Behandlung mit Pilokarpin (Hale) 543.
Erysipelkokkenextrakt, Impfung mit 338.
Erythema 538.
— durch Arnikatinktur 149.
— der Kopfhaut 266.
— durch Einwirkung künstlichen und natürlichen Lichtes (Raynaud) 443.
— nodosum 538.
— nodosum pallustre (Moncorvo) 194.
—, infektiöses, Beitrag zum Studium des (Mussy) 236.
— multiforme, Ätiologie und pathologische Anatomie des (Finger) 236.
— exsudativum bullosum (Lassar) 530.
—, Recidivierendes desquamatives (Elliot) 606.
— durch Antipyrin (Diaz) 443.
— pellagrosum 443.
— solare 443.
Erythrasma, E.-H. 46.
Erythrodermiten, E.-H. 53.
Erythromelalgie 238; (Gerhardt) 147. 154; (Senator) 147; (Bernhardt) 147; — bei einem Paralytiker (Machol) 239.
Eucalyptolseife 36.
Euphorin (Peroni und Bovero) 275.
Europhen 272. 467.
—, mit klinischen Bemerkungen über Europhen und Europhen-Aristol (Shoemaker) 273.
—, Meine weiteren Erfahrungen mit (Eichhoff) 273.
— bei suppurativer Otitis und syphilitischen Ulcerationen (Gibs) 441.
— in der venereologischen Praxis, Verwendung des (Kopp) 586.
— gegen Rosacea (Shoemaker) 390.
— und Aristol (Eichler) 273; (Richtmann) 273.
Exantheme im Wochenbett (Ahlfeld) 235.
Extractum antiscorbuticum fluidum 470.
— Sarsaparillae compositum fluidum 470.

Favus 200. 387; (Mibelli) 47.
—, Ursprung des (Busquet) 398.
— beim Menschen (Bodin) 534.
Favusarten, Die bisher bekannten neun (Neebe und Unna) 17. 57
Favuspilz, Beobachtungen über Infektionen mit dem (Folly) 434.
— hervorgebrachte Pseudotuberkulose, Eine durch den (Sabrazès) 535.
Favusstudien (Jefsner) I. Theil 340.
Fett der Haut entstandenen Störungen der Hautfunktion, Therapie der durch Mangel an (Rosenbach) 240.
Fettgewebe, Herdweise Atrophie des subkutanen (Pfeifer) 398.
Fettkörper und Hautresorption (Aubert) 226.
Fibrinfärbung 353.
Fibrinnachweis in den Geweben, speciell in der Haut (Unna) 351.
Fibrokeratoma, E.-H. 55. 106.
Fibromata 319. 547.
— mammae 549.
Fibromata der Haut nervösen Ursprungs, allgemeine (Audry und Fabre) 395.
Fibromyom des Labium majus (Polaillon) 196.
Fichtennadelextraktseife 36.
Filaria Bancrofti Cobbold (v. Linstow) 108.
Fissura ani, Behandlung der (Adler) 150.
Foetor ex ore, Pastillen gegen 350.
Folliculitis 389. 467.
— und Eccema vestibuli nasi (Tissier) 192.
—, Destruktive 337.
— et Perifolliculitis decalvans 337.
— pilaris profunda 161.
— pilo-sebacea chronica 11. E.-H. 58.
Frieselausschlag (Pollitzer) 415.
Frostsalbe 365.
Fuchsin 272.
Furunkel 241. 390. 440.
— des äufseren Gehörganges, Bakteriologische Beobachtungen über (Maggiora et Gradenigo) 194.
—, Antiseptische Behandlung des (Burlureaux) 544.
Fufsgeschwür s. Ulcus cruris.

Gallacetophenon, Ungünstige Wirkung des (James) 181.
Gallanol, Behandlung der Psoriasis mit (Cazeneuve u. Rollet) 535.
Galvanischer Strom, Katalytische Wirkungen des (Meyer) 234.
Gangraena 438.
—, Fall von trockener (Dagget) 49.
— durch Eccema intertrigo (Halpern) 150.
— symmetrica 168. 237. 238; (Rakhmanjnoff) 442.
— der Füfse, Symmetrische thrombotische (Martinez) 342.
— des Fufses nach Erysipel am Kopf (Davies) 341.

Gangraena der Haut bei einem Kinde (Roberts) 396.
— senilis der unteren Extremität, insbesondere bei Diabetikern, Behandlung der (Heidenhain) 396.
— bei einem 33jährigen Manne, Spontane trockene (Prauxois) 397.
— bei Zona 538.
— durch Karbol (Rode) 397.
Gangränöses Panaritium 538.
Gefäfse der Haut, Innervation der (Hasterlik u. Biedl) 540.
—, Verteilung der (Spalteholz) 541.
Gefäfserweiterungen 234. 243.
Gehirnerkrankung bei kongenitaler Syphilis (Erlenmeyer) 301.
Gehörgang, Furunkel des äufseren 194.
Gelenkserkrankung, Syphilitische (Priklonski) 168; — Gonorrhoische 494.
Gelenksvereiterung 549.
Genitalekzem 233.
Geromorphismus (Souques und Charcot) 395.
Geschlechtsbestimmung bei der Zeugung (Keefe) 55.
Geschlechtsdrüse, Tuberkulose der männlichen (Bornhaupt) 171.
Geschlechtssinn, Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des 34.
Geschwülste, Beitrag zur Statistik der (Rapok) 198.
—, Heilsamer Einfluſs von Infektionskrankheiten auf bösartige (Spronck) 338.
Geschwür s. Ulcus.
Gesichtsatrophie s. Atrophie.
Gesichtsrose s. Erysipelas.
Gesundheitspflege der Soldaten, Vorschlag zur (Heller) 143.
Glandula thyreoidea, Hypothese über die Funktion der (Nielsen) 403.
Glasbläsererythem 444.
Glasscherbenverletzung (Sick) 474.
Glossitis 538.
— acuta 349.
— superficialis, Möllersche (Hahn) 192.
Glutinbildner? Ist Keratin ein (Liebreich) 97.
Glycerin, Resorption von der Haut 226.
Glykogelatin 272.
Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüse (Touton) 378.
— im weiblichen Genitalsekret, Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von (Büttner) 604.
Gonokokkenmetastase, Beitrag zur (Horwitz) 603.
Gonokokkenbefund für gerichtliche Medicin, Verwertbarkeit des (Kratter) 174.
Gonorrhoea 207. 251. 471. 537. 583. 594.
— posterior, Elastische Salbenspritze zur Selbstbehandlung der (Seliger) 53.
— der kleinen Mädchen (Cohen-Brach) 54.
Gonorrhoea und Mikrobien (Jullien) 260.
— beim Weibe, Gewisse Erscheinungen in der (Noble) 250.
—, Herzkrankheiten bei (His) 251.
— mit papulo-vesikulösem und papulokeratotischem Ausschlage (Vidal) 267.
—, Kasuistische Beiträge zu den Entzündungen der Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Muskeln und peripheren Nerven im Verlaufe der (Róna) 328.
— der männlichen Sexualorgane. II. Teil, Chronische Urethritis posterior und chronische Prostatitis (Finger) 428.
— -Behandlung mit Alumnol 146; — -Abortivbehandlung (Janet) 250; — mit Methylenblau (Boinet u. Trintigneau) 251; — mit Alumnol (Chotzen) 274.
— beim Manne (Saalfeld) 250.
—, Neue Behandlungsweise der akuten (Cotes) 347.
— der paraurethralen Gänge (Aldor) 348.
—, Untersuchung der Prostituierten auf (Philippson) 474.
—, Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer der (Lanz) 481; (Feleki) 493.
—, Pathologie und Therapie der (Lang) 583.
— chronica 207. 492. — Vorträge über (Horteloup) 329. — Behandlung der (Trzcinski) 320. — (Neebe) 475; — mit Lysol (Carballo) 492. — Spritze zur Behandlung der (Friedländer) 265; (Burton) 347.
Gonorrhoea, Örtliche Behandlung mit öligen Mitteln (Chancellor) 493.
—, Diagnose und Therapie der (Jornet) 493.
— und die zur Verhütung ihrer Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Mafsregeln (Scholz) 603.
—, Neues Mittel gegen (Infante) 604.
Gonorrhoe-Injektion 604.
— -Infektion beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen (Bumm) 347.
Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut der Neugeborenen (Rosinski) 53.
— Augenentzündungen 494.
— Cystitis mit Sublimatinstillationen, Behandlung der (Loumeau) 249; — (d'Haenens) 249.
— Peritonitis der Frauen (Charrier) 250. 494.
— Oophoritis und Salpingitis 250.
— Hoden- und Nebenhodenentzündung, Vollkommene Vereiterung des Hodens infolge von (Pérignon) 347; — Behandlung der (Falkson) 604.
— Infektion und ihre Behandlung (Bumm) 347.
— Erkrankung der Talgdrüsen am Penis nebst Bemerkungen zur Pathologie des gonorrhoischen Prozesses (Touton) 348.

Gonorrhoische Arthritis sterno-clavicularis (Thibierge) 494.
— Gelenkaffektionen, Pathogenese der (Stark) 494.
— Orchitiden (Eraud und Hugouneny) 581; (Trekaki) 605.
— Cystitis 583.
Granuloma fungoides 134. 427; (Hallopeau u. Phulpin) 32; (Hallopeau u. Jeanselme) 33. 472; (Philippson) 107; (Caspary) 318; (Neifser) 536.
— d'emblée (Riehl) 544.
—, Protozoenbefund bei (Wernicke) 544.
Gregarinose der Leber und Bauchmuskeln 234.
Greisenhaut-Geromorphismus (Souques und Charcot) 395.
Guajakol, Beseitigung des Geruches von 179.
Gummata 468. 538.
—, Energische chirurgische Intervention bei den ulcerierten (Jakobs) 190.
— und Cysticerci cellulosae, Unterschied zwischen (Lewin) 241.
— der Zunge im 4. und 5. Monate nach der Infektion, Ulcerierte (Maes) 297.

Haare, Zerstörung durch Elektrolyse (Brocq) 242; (Sack) 242.
— Trophische Störungen bei den Cretins (Lejard) 341.
Haargeschwulst im menschlichen Magen (Bollinger) 254.
Haarkrankheiten (Busquet) 332.
— als Enthaarungsmittel, Jodkollodium bei (Butte) 253.
Haarnadel in der Urethra des Mannes (Meltzer) 205.
Haarschwund s. Alopecie.
Hämangiome, Zur Kasuistik der (Krenn) 198.
Hämoglobinurie, Paroxysmale (Kast) 490.
Hämoglobinveränderungen durch Levicowasser 441.
Hämophilie (Watkins) 148; Beitrag zur Pathologie der (Hamilton) 235.
— und verwandte Zustände, Ätiologie und Therapie der (Glafs) 235.
Hämorrhagien der Haut (s. auch Purpura) durch Verletzung der Spinalganglien 97.
Hämorrhagische Urticaria (Wills) 148.
Hämorrhoiden 343; (Thomas) 204; (James) 343; (Kosobudski) 343.
—, Prophylaxe und Therapie der (Kühner) 204.
Hämospermie, Pathogenie der nicht entzündlichen (Jamin) 601.
Hämotherapie der Syphilis (Tommasoli) 594; — die verschiedenen Methoden der (Tommasoli) 594.
Hände, Hygiene der (Jefsner) 271.
—, Rauhe 278.
Handdesinfektion (Kelly) 254.
Harn s. Urin.
Harnblase s. Blase.
Harnblasenschnitt s. Sectio.
Harnkonkremente durch Oxamid (Ebstein und Nicolaier) 134.
Harnkrankheiten, Einige instrumentelle Verbesserungen auf dem Gebiete der (Kuttner) 208.
Harnorgane, Chirurgische Erkrankungen der (Forbes) 248.
Harnretention, Kausaler Zusammenhang von Verdauungsbeschwerden mit der (Alapy) 248.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenstriktur s. Strictura.
Harnröhrenspritze 265. 347.
Harnsäure (Wiest) 246.
Harnsekretion, Einfluss der Ureterfistel auf die (Schatz) 491.
Harnstein in der Pars prostatica (d'Haenens) 244.
Harnstoff des Blutes bei Hautkrankheiten (Butte) 145.
Harnstoffzersetzung bei Cystitis 476.
Harnwege, Statistik und Bericht über den Ergänzungskurs an der Klinik für Krankheiten der (Pousson) 583.
Haut und des Zellgewebes, Chirurgische Krankheiten der (Winiwarter) 437.
— für Mikrobien, Durchgängigkeit der (Wasmuth) 439.
— als Eingangspforte für Infektionskrankheiten (Philippe) 228.
—, Einige Präparate für die (Mosler) 278.
— -Verfärbung bei den Cagots 286.
—, Fibrinnachweis in der (Unna) 351.
—, Ödematöse Schwellung der äufseren (Hallopeau) 370.
— bei Melanosarkom, Diffuse Dunkelfärbung der (Bamberger) 393.
Hautanomalien bei inneren Krankheiten (Jefsner) 539.
Hautausschläge nach Antipyrin (Fournier) 280.
—, Scharlachähnliche (Kramsztyk) 384.
Hautfibrome nervösen Ursprungs, allgemeine (Audry und Fabre) 395.
Hautfunktion, Therapie der durch Mangel an Hautfett entstandenen Störungen der (Rosenbach) 240.
Hautgefäfse, Innervation der (Hasterlik und Biedl) 540.
—, Verteilung der (Spaltebolz) 541.
Hauthorn, E.-H. 54. 60.
Hautkrankheiten (Winternitz) 537.
— am Tierkörper durch specifische Protozoenart, Künstliche Erzeugung von (Lindner) 1.
—, Pathologie und Therapie der (Kaposi) 34.

Hautkrankheiten, Brennesselsaft gegen (Dubar) 145;
—, Harnstoff des Blutes bei (Butte) 145.
—, Gebrauch des Schwefels bei (Zadeck) 146.
—, Lehrbuch der (Joseph) 177.
— nach Gebrauch von Pariser Pflaster (Elliot) 233.
—, Aristol bei (Sormani) 274; — Alumnol bei (Chotzen) 274.
—, Parasitäre (Hervouet) 385; (Frömel) 387.
—, Einfluſs des Nervensystems bei gewissen (Ravogli) 203.
— und Syphilis der Krankenanstalten zu Elberfeld, Bericht der Abteilung für (Eichhoff) 551.
—, Statistik der Todesfälle durch 584.
— nach Arsengebrauch, Beitrag zum Studium der (Rasch) 587.
—, Schema einer neuen Klassifikation (Tommasoli) E.-H.
Hautperspiration bei Kindern im physiologischen und pathologischen Zustande (Ssokolow) 94.
Hautreize, Summation der (Gad und Goldscheider) 541.
Hautresorption s. Resorption.
Hautsarkomatose s. Sarcomatosis.
Hautsinn, Über den (Dessoir) 94.
Hauttemperaturdifferenzen zu topographisch-diagnostischen Zwecken, Verwertung der (Honigmann) 228.
Hauttuberkulose s. Tuberculosis cutis.
Hauttumoren, Multiple (Audry und Nové-Josseraud) 392.
Hautvenen s. Venen.
Hautveränderungen, Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch 228.
— unter Lichtwirkung (Jefsner) 230.
Hautverlust, Transplantation bei ausgedehntem (Sick) 550.
Hautverpflanzung s. Transplantation.
Heilmittel in der dermatologischen Praxis, Einige neuere (Allen) 272.
Heilmittel in der Dermatologie, Übersicht über neuere (Straufs) 467.
Hemihyperidrosis cruciata (Bauer) 50.
Herpes 441; — der Zunge 231.
— tonsurans s. Trichophytia.
— progenitalis 272; (Besnier) 283; Behandlung des (Monin) 151.
— exfoliativus 268.
— vacciniformis (Fournier) 283.
— gestationis s. Hydroa.
— zoster s. Zona.
Herpétides exfoliatives tardives malignes, E.-H. 93.
Herpetismus, Symptome, Verlauf und Therapie des (Lanceraux) 152.
Herzkrankheiten bei Gonorrhoe (His) 251.
Herzsyphilis (Semmola) 293.
Hirnsyphilis und Dementia paralytica (Binswanger) 45.
Histologische Untersuchungsmethode (Walker) 113.
Hodencarcinom bei einem Kinde (Sabrazès und Fromaget) 248.
Hodentuberkulose 549.
Hundeserum gegen Syphilis 298.
Hydradenome und Epitheliome (Nové-Josseraud) 392.
Hydrargyrum pyroboricum 470.
— resorcino-aceticum 470.
— tribromo-phenolo-aceticum 470.
— oxydatum flavum 299.
— formamidatum (Vishegrad) 299.
— benzoicum (Cochery) 299.
— succinimidatum (Jullien) 299.
— sozojodolicum 299; — sozojodolicum, Therapeutische Verwendung des (Witthauer) 230.
Hydroa (Mackenzie) 590.
— der Zunge 231.
—, Behandlung der (Duhring) 589.
Hydrocele durch Jodinjektionen, Verfahren bei der Anästhesie der Tunica vaginalis bei der Behandlung der (Nicaise) 247.
— nach einem neuen Verfahren, Radikalkur der (Quattrociocchi) 247.
Hydrogenium peroxydatum 36. 272. 431.
Hygiene der Hände (Jefsner) 271.
— der Barbierstuben (Blaschko) 266. 367.
Hygroma colli cysticum 548.
Hyperchromia verrucosa maligna, E.-H 109.
Hyperidrosis und Schweifsfüfse, Gegen 50. 146.
— cruciata, Halbseitige (Bauer) 50.
— manuum, Behandlung von 50; — Liniment gegen 240.
Hyperkeratosis subungualis, E.-H. 82.
— linguae 193.
Hyperthelie bei Männern (v. Bardeleben) 228.
Hypertrichosis 234. 445.
Hyphodermatosen, E.-H. 49.
Hypospadie, Chloasma bei (Elliot) 606.
—, Zur Plastik der (Lauenstein) 248.
Hysterica, Selbstbeschädigung einer (Schimmelbusch) 336.
Hysterie in ihren Beziehungen zur Syphilis (Lucien) 487.
Hystrix ein Glutinbildner? Ist das Mark von (Liebreich) 97.

Ichthyol 272.
— gegen Gesichtserysipel 272; (Radcliffe) 193.
— in der Dermatologie (Mourron) 441.
Ichthyol-Teerseife 36.
Ichthyolsalben 365.

Ichthyose ansérine des scrophuleux, E.-H. 31.
Ichthyosis 479; E.-H. 11. 19; (Richter) 531.
—, Anatomische Untersuchungen über (Audry) 473.
— foetalis, E.-H. 54.
— sebacea, E.-H. 54.
— hystrix, E.-H. 54; (Kaposi) 319.
Icterus gestorbenen Kindes, Demonstration der Organe eines im Alter von 3½ Monaten unter den Erscheinungen eines schweren (Hansemann) 296.
—, Symptomatisches Exanthem bei (Leven) 588.
Immunität der Mütter bei hereditärer Syphilis von seiten des Vaters (Diday) 46.
Impetigo 105. 385. 538.
— contagiosa 266. 368. 387. 542.
— der Kinder, Eine kontagiöse, inokulable und mikrobiäre Affektion (Leroux) 331.
— contagiosa (Wickham) 386.
Impfen und Lepra (Fournier) 38; (Rake und Buckmaster) 38. 40; (Castor) 39; (Abraham) 39; (Pringle) 40.
Impfkrankheiten und Asepsis der Impfung (Pfeiffer) 349.
Impotenz 208.
Incontinentia urinae 472. 584.
—, Gegen (Krauſs) 207.
—, Heilung nach Dr. Swan (Duvellié) 489.
Index bibliographicus syphilidologiae (Szadek) 439.
Infektionskrankheiten auf bösartige Geschwülste, Heilsamer Einfluſs der (Spronck) 338.
—, Die Haut als Eingangspforte für (Philippe) 228.
Initialsklerose der rechten Halsseite (Renault) 32.
—, Excision der (Horowitz) 43; (Gerber) 100.
—, Extragenitale (Peter) 88; (Havas) 537.
— am Penis und Zeigefinger (Peter) 266.
—, Statistik der extragenitalen, an der Fournierschen Klinik vom 1. Febr. 1890 bis 1. November 1891 (Feulard) 260.
—, Behandlung mit Antifebrin (Basilewitz) 299; mit Europhen 468.
— an der Oberlippe 366.
—, Phagedänische (Medina) 486.
—, Multiple (Elliot) 606.
Innervation der Hautgefäſse (Hasterlik und Biedl) 540.
Instillateur Guyon 208.
Intertrigo 105. 265. 385. 538.
Jodexanthem, Seltener Fall von (Kämpfer) 151.
Jodinjektionen gegen Hydrocele 247.
Jodismus und seine Gefahr für die Syphilisbehandlung, Der akute (Finger) 102.
Jodkalium, Neue Administrationsmethode für (Bryson-Delavan) 36.
Jodkaliumresorption durch den Mastdarm, Ausscheidung (Calemtoni) 233.
Jodkaliumtherapie der Psoriasis (Hillebrand) 175.
Jodkollodium bei Haarkrankheiten als Enthaarungsmittel (Butte) 253.
Jodoform und Dermatol (Glaser) 273.
Jodoformausschlag (Cathélineau) 370.
Jodoforminjektionsflüssigkeiten, Sterilisation von (v. Stubenrauch) 253.
Jodoformium desodoratum 179.
—, Beseitigung des Geruches von 179.
—, Schwere Intoxikation durch (Näcke) 179.
Jodpräparate (Mannan) 179.
Jodvaseline, Flüssige (Séhu) 275.
Ischurie, Radikalbehandlung der auf Prostatahypertrophie beruhenden (Bottini) 170.
Isobutylorthokresoljodid s. Europhen.
Juxtaurethral s. Paraurethral.

Kachexia strumipriva (Neudörfer) 398.
Kaliseife, Weiſse 278.
Kalium permanganicum 272.
Kalomel, Quecksilbervergiftung durch (Havas) 280.
Kamphoid, ein Kollodiumersatz 179.
Kankroin s. Cancroin.
Kantharidinsaure Natrontherapie, Weitere Beiträge zur (Schulze) 288.
Karbolgangrän (Rode) 397.
Karbunkel 388.
Karbunkel-Hausepidemie durch Infektion mit tierischem Sekret (Brunner) 195.
Katalytische Wirkungen des galvanischen Stromes (Meyer) 234.
Kathetern, Apparat zum Sterilisieren von weichen (Kutner) 249.
—, Verbesserter (Wächter) 251.
Kawa-Kawa, Therapeutische Anwendung der (Cerna) 207.
Kehlkopfsyphilis (Irsai) 537; (Straus) 44.
Keloid 440; — idiopathisches (Heymann) 264.
Keraphophorie, E.-H. 19.
Keratin 473; — speciell das Mark von Hystrix, ein Glutinbildner? Ist (Liebreich) 97.
Keratodermia symmetrica congenita non hereditaria extremitatum (Audry und Lacroix) 331.
— symmetrica erythematosa, E.-H. 75.

Keratodermiten, Über autotoxische (Tommasoli), E.-H.
Keratoma, E.-H. 21.
— palmare et plantare hereditarium, E.-H. 75.
— hereditarium, E.-H. 76.
Keratophorie, E.-H. 13.
Keratosen, Untersuchungen über die (Audry) 473.
Keratosis pilaris 72. 454. 467; E.-H. 14. 22. 30; Bemerkungen zur Alopecia der (Brocq) 72.
—, Beziehungen zwischen dem Haarschwund bei Alopecia seborrhoica und (Brocq) 333.
— pilaris rubra, E.-H. 31.
— verrucosa, E. H. 75.
— palmaris et plantaris non hereditaria, E.-H. 75.
— pigmentosa, E.-H. 55. 106.
Kerion Celsi s. Trichophytia.
Kindereccema 191.
Knäueldrüsengeschwülste unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris (Petersen) 174.
Kokainanwendung bei Mastitisoperation (Rossier) 334.
Komedonen s. Comedones.
Kondylom s. Condyloma.
Kopfläuse (Trouessart) 241.
Kopfhaut, Gegen Syphilide der (Riekma) 102.
Krätze s. Scabies.
Krankenberichte s. Berichte.
Krankenheiler Seifen 35.
Krebs s. Carcinoma.
Kreolin gegen Ekzem 233; (Patteson) 192. 331.
Kreolinseife 36.
Kreosot, Beseitigung des Geruches von 179.
Kresolsaponat (Burckhardt) 467.
Krystallausscheidung auf der Haut 277.
Kühlsalben 365.

Labium majus, Fibromyom des (Polaillon) 196.
Läuse s. Pediculi.
Lampe, Mikrophotographische 371.
Lanolin 226. 360.
Laryngo-rhinologische Mitteilungen (Hajek) 288.
Lebersyphilis 298.
Leberthranpräparate, Verbesserte (Genser) 586.
Lederhaut, Vereiterung der (Heitzmann) 327; — Narbenbildung der (Heitzmann) 375.
Leichentuberkel 137.
Lentigines 319.
Lepra 200. 421. 441. 481. (Arning) 173; (Boinet) 482; (Carreau) 482; (Gurowitsch) 592.
— im Mittelalter 38.
— und Impfungen (Fournier) 38; (Rake und Buckmaster) 38. 40; — in British Guyana (Castor) 39; — Zusammenhang zwischen (Abraham) 39; (Pringle) 40.
— und die Frage ihrer Kontagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel (v. Düring) 255. 303.
— Arabum, Ätiologie und Kontagiosität der (Gorter) 268.
—, Ätiologie der (Rake) 173.
—, Pathologische Anatomie der (Rake) 184. 285; (Rikli) 591.
—, Blutuntersuchungen bei der (Winiarski) 184.
— und Tuberkulose (Damaschino) 184;
— und Syringomyelie (Thibierge) 185.
— bei niederen Tieren, Angebliche (Abraham) 186.
—, Übertragbarkeit, Prophylaxe und Behandlung der (Mac-Auliffe) 483.
— in Südamerika 592; — bei den pyrenäischen Scheinheiligen, Abgeschwächte Form von (Lajard und Regnault) 285; — in der Bretagne (Zambaco) 33. 484.
— und die Leprösen in Frankreich (Cabanès) 483; — im transkaukasischen Gebiete (Pantjuckow) 98; — in Bogota 98; — in New Süd Wales 98; — in den russischen Ostseeprovinzen (Hellat) 98.
—, Therapie der (Danielssen) 427.
—, Behandlung mit Tuberkulin (Donovan) 185; — mit Kalium chloricum (Carreau) 284. 482.
— anaesthetica, Erkrankung peripherer Nerven bei (Dehio) 38.
— anaesthetica maculosa (Ustinow) 169.
— trophoneurotica im Marinehospital in Nikolajew (v. Knorre) 592.
— mutilans (Botter) 592.
— maculosa et tuberosa (Duhring) 592.
Lepra-Enquete in Ägypten, Bericht über eine (Engel) 559.
Leprabacillus 98. 173. 184. 428. 560. 591. 592.
— im Schnitt (Unna) 284.
—, Veränderungen nach Behandlung mit Chaulmoograöl (Mario) 284.
—, Neue einzeitige Doppelfärbung für (Unna) 399.
Leprahospital in Rio de Janeiro (Lima) 99; — in Drontheim (Kunze) 285.
— zu San Remo, Notizen über einen Besuch im (Duhring) 592.
Leprakranker, Bestimmung des Procentgehaltes von Fibrin im Blute (Rake) 591.

Leprazelle 401.
Lepröse Nephritis 595.
Lepröse in Konstantinopel (Abel) 285.
Leproserien in den russischen Ostseeprovinzen 421.
Leptothrix 333.
Levico-Arsen-Eisenwasser, Untersuchungen über Stoffwechsel- und Hämoglobinverbindungen bei längerem Gebrauche des (Ewald und Droncke) 441.
Leucoderma 200.
Leucodermia 203.
Leukämie, Lehre von der Ätiologie der (Pawlowsky) 199.
Leukoplacia buccalis 87. 231.
— und ihre Ursachen, Bemerkungen über (Erb) 390.
Lichen 452. 471.
— agrius 13.
— annularis 454. 455.
— atrophicus 456.
— corneus, E.-H. 88. 90.
— miliaris 456.
— moniliformis 456. 458.
— obtusus 454. 455.
— planus 89. 367. 448. E.-H. 54; — Seltener Fall von (Page) 546.
— Behandlung mit Hydrotherapie (Fage) 267; (Materne) 390.
— pilaris s. Keratosis pilaris.
— polymorphus ferox 13. 452.
— ruber acuminatus 447. E.-H. 54 (Mansurow) 168.
— ruber syphiliticus (Isaac) 367.
— scrophulosorum 11. 454. E.-H. 14. 54.
— simplex circumscriptus 11. 105.
— simplex circumscriptus chronicus 452. E.-H. 54.
— syphiliticus 79. 295.
— tropicus (Pollitzer) 415.
— Wilsons, Natur und Behandlung des (Jacquet) 546.
—, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris (v. Düring) 447. 495.
Lichenification 13.
Lichtwirkung, Hautveränderungen unter (Jefsner) 230.
Liodermia neuritica 203.
Lipome, Über (Sutton) 199; (Hallopeau und Jeanselme) 370.
— am Vorderarme mit Reflexepilepsie, Kindskopfgrofses (Vucetic) 196.
— am Gesäfs, Gestieltes (Reboul) 198.
—, Schmerzhafte (Boiffin) 392.
Lippenaktinomykose (Mari) 543.
Liquor Kalii arsenicosi, Zusammensetzung des Niederschlags aus dem (Bräutigam) 277.
Lithiasis in Rufsland (Lewschin) 170.
Lithotripsie, Indikationen zur (Desnos) 171.
Losophan (Saalfeld) 275.
Lungensyphilis (Jullien) 580.
Lupus 93. 188. 287. 440. 481. 584; (Leloir) 135.
— sclerosus serpiginosus (Quinquaud) 32.
— erythematodes s. Ulerythema centrifugum.
— tuberculo-gummosus 137.
— scléreux 137.
— vulgaris erythematoides 137.
— sclerosus papillomatosus s. Tuberculosis verrucosa.
— vulgaris disseminatus der Wange, Hals und Vorderarm (Goldzieher) 265.
— bei alten Leuten (Dezwarte) 287.
—, Rhinoplastik nach Lupus (Weinlechner) 287.
Lupus-Behandlung 287; (Tinzi) 186; (Chaut) 593; (Jarisch) 41; (Tschernogubow) 168.
— mit Chlorzinkeinspritzungen (Fedorow) 99; — mit Lysol (Philipps) 186; — mit Tuberkulin (Corazza und Meneghelli) 186; — mit Zimmetsäure (Landerer) 469.
Lymphangiektasie 548.
Lymphangiectasis of the hands and feet s. Angiokeratom.
Lymphangioma 155. 548.
— der Mundhöhle (Samter) 196.
— diffusum multiplex (v. Lesser) 547.
— circumscriptum (Elliot) 606.
Lymphangitis, insbesondere über die ampulläre Lymphangitis, Verschiedene Formen der (Morel-Lavallée) 193.
—, Dermatitis durch fortgeleitete (Lassar) 265.
Lymphdrüsen Nichttuberkulöser, Tuberkelbacillen in den (Pizzini) 286.
Lymphdrüsenentzündungen, Naphtol-Kampfer gegen tuberkulöse (Courtin) 278.
Lymphdrüsentuberkulose 549.
Lymphe, Menschliche (Mangant) 143.
Lymphextravasat, Über das falsche (Paltauf) 56.
Lymphodermia perniciosa 427.
Lymphome, Subkutane tertiär-syphilitische (Busch) 188.
Lysol 467.
— gegen Lupus (Philipps) 186.
—, Wirkung des (Cadéac und Guinard) 178.
Lytta vesicatoria, Flügeldecken der 550.

Maculae atrophicae 203.
Magengeschwür und Purpura 146.
Magen, Haargeschwulst im menschlichen (Bollinger) 254.
Makrodaktylie, Fall von (Winckler) 242.
Malaria und Erythema nodosum (Moncorvo) 194.

Mallein bei der präventiv-diagnostischen und therapeutischen Behandlung der Rotzkranken, Bedeutung des (Bonome und Vivaldi) 190.
Malleusbacillen im Hautknoten, Zur Färbung der (Unna) 109.
Mastitisoperation, Kokainanwendung bei (Rossier) 334.
Mattonis Moorsalzbäder s. Moorsalzbäder.
Medikationen, Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch externe 228.
Medicinalberichte des Kantons Zürich der Jahre 1885—1890, Amtliche 584.
Melanosarkom 426.
— der Haut, Muskulatur, des Peritoneums und Pleura (Bamberger) 393.
— der Plica semilunaris conjunctivae (Meighan) 197; des Augenlides (Helfreich) 197; —, multiples (Abel) 424.
—, vorgetäuscht durch eine Ruptur der Vena spermatica (Spencer) 393.
Mentholseife 36.
Mercurialstomatitis 350.
Merkurielle Chloro-Anämie (Stukovenkoff) 294.
Merkurialkrankheit in den Spiegelbelegen zu Fürth (Wollner) 55.
Metalle auf die Nierensekretion, Einfluſs einiger edler (Cohnstein) 204.
Methylenblau gegen Gonorrhoe und Malaria (Boinet und Trintigneau) 251.
— zu diagnostischen Zwecken, Färbung des Harns mit (Kutner) 343.
Methylenblaulösung, Polychrome 399.
Methylviolett zum Verband carcinomatöser Ulcerationen (Zilgien) 197.
Micrococcus ureae 476.
Microsporon Audouini 202.
Mikrobien, Durchgängigkeit der Haut für (Wasmuth) 439.
— und Gonorrhoe (Jullien) 250.
Mikroorganismen der Mundhöhle (Miller) 141.
Mikrophotographische Lampe 371.
Miliaria 105.
— papulosa et rubra (Pollitzer) 415.
— crystallina 415.
Milzschwellung bei Syphilis (Quinquaud und Nicolle) 32.
Molluscum pendulum der Vulva (Chérot) 393.
— fibrosum, Verallgemeinertes (Plucker) 393.
Monilethrix 333.
Morbilli, Ätiologie der (Döhle) 383.
—, Übertragung der (Reger) 385.
—, Bacillus im Blute bei (Canon und Pielecke) 385.
Morphoea 397.
— plana alba, Fall von (Hallopeau) 268.
Moorsalzbäder gegen Lupus 186.
Morvansche Krankheit 33. 185. 448.
Morvansche Krankheit, Fall von (Eisenlohr) 475.
Mucorgattung bei schwarzer Zunge (Ciaglinski und Hewelke) 193.
Mundhöhle, Lymphangiom der (Samter) 196.
— Mikroorganismen der (Miller) 141.
Mundschleimhaut der Neugeborenen, Gonorrhoische Erkrankung der (Rosinski) 53.
Muskelentzündung s. Myositis.
Muttermal s. Naevus.
Mycosis fungoides s. Granuloma fungoides.
Myelitischer Procefs der Hinter- und Seitenstränge (Rosenthal) 531.
Mykotische Erkrankungen, Neue Behandlungsmethode der (v. Mosettig) 440.
Myositis syphilitica, Beitrag zur Kenntnis der (Ostermeyer) 320.
— gonorrhoica 329.
Myxödem (Kraepelin) 48; (Ord) 135; (Napier) 203; (Gordinier) 203.
— und Geistesstörung, behandelt mit Injektionen von Schilddrüsenextrakt (Carter) 49.
—, Behandlung mit Schilddrüsenextrakt (Murray) 202; (Davies) 398.
— durch Fütterung mit Glandulae thyreoideae von Kälbern geheilt, nebst einer Hypothese über die Funktion dieser Drüse (Nielsen) 403.
— und Melancholia agitatoria, behandelt mittelst Injektionen von Schildrüsenextrakt. Heilung (Shaw) 203.
Myxoedème opératoire (Neudörfer) 398.

Nägel, Psoriasis der 92. 580; (Bruck) 531.
—, Trophische Störungen der, bei den Cretins (Lejard) 341.
—, Hypertrophie der 286.
—, Veränderungen bei Favus 48.
Naevus, E.-H. 66. 74.
— pigmentosus piliferus 234. 319; (Guarch) 171.
— verrucosus unius lateris (Saalfeld) 446; — Multiple Knäueldrüsengeschwülste unter dem Bilde eines (Petersen) 174.
— vascularis der rechten unteren Extremität und des korrespondierenden Teiles des Unterleibes mit halbseitiger Hypertrophie (Bracquehaye) 243.
— in Carcinom, Umwandlung von (Renoul) 392.
— und Naevocarcinome (Unna) 445.
— linearis verrucosus, E.-H. 74.
Naphtol 272.
Naphtol-Kampfer bei tuberkulösen Lymphdrüsenentzündungen (Courtin) 278.
Napoleon III., Wahrheit über den Tod (Cabanès) 244.

Narben, Bestimmung der Identität der Persönlichkeit durch (Greenleaf) 549.
Narbenbildung der Lederhaut (Heitzmann) 375.
Nase, Eingesunkene s. Sattelnase.
Nasenrachenraum, Syphilis des (Gerber) 319.
Nasenschleimhaut, Tuberkulose der (Hajek) 288.
Natrium aethylicum siccum 471.
— sulfothiophenicum 471.
Nebenhoden, Anatomie des (Poirier) 132.
Nebenniere, Verhältnis der Urniere zur 132.
Neoplasmen, Tinktionsbehandlung inoperabler maligner (Mosetig-Moorhof) 548.
Nephritis syphilitica 42. 486. 595.
Nephritis tuberculosa 595.
— leprosa 595.
Nervenendigungen in der Epidermis, Freie (v. Gehuchten) 227.
Nervensystem, Behandlung der Syphilis des (Althaus) 172.
— bei gewissen Erkrankungen der Haut, Einfluſs des (Ravogli) 203.
—, Behandlung der Syphilis des centralen (Kowalewsky) 435.
—, Syphilis des (Sänger) 597.
Nervöse Störungen durch Circumsision bei Kindern mit kongenitaler Phimosis geheilt (Denucé) 204.
Nessel, Wirksames Prinzip der (Oddi und Lomonaw) 35.
Neugeborenen, Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut der (Rosinski) 53.
—, Blennorrhoe der (Kirstein) 251.
Neurin 382. 469.
Neurodermitis 15.
papulosa 452.
Neurome, plexiforme (Audry und Lacroix) 394.
Neurosen der Haut, Beitrag zum Studium der (Jacquet) 546.
Neurotisches Ekzem s. Eccema.
Nierensekretion, Einfluſs edler Metalle auf die (Cohnstein) 204.
Nierenveränderungen durch Syphilis (Justus) 294.
Nigrities mucorina linguae 193.
Nodose hair 73.
Nodositas pilorum 73.
Noma bei einem 55jährigen Manne (Hanſson) 336.
— bei einer 44jährigen Frau (Koester) 336.
Nuklein, Klinische Beiträge zur Lehre von der Wirkung des (Mourek) 442.

Ochsenmark, Resorption durch die Hant 226.
Oedema circumscriptum angioneuroticum (Starr) 147.
— hereditarium, Noch nicht beschriebene Abart von (Milary) 149.
—, Stabiles 234.
— circumscriptum acutum 605; (Forsberg) 236.
— angioneuroticum bei einem neuropathischen Nierenkranken (Le Gendre) 442.
— während der Purpurra (Adam) 236.
— der Oberextremitäten bei Venenektasien der Brust- und Bauchwand (Rast) 537.
Ödematöse Schwellung der äuſseren Haut (Hallopeau) 370.
— Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des Antipyrins (Freudenberg) 443.
Oleum Rusci (Vigier) 275.
Onychogryphosis E.-H. 83.
Ophthalmia blennorrhoica, Irrigationen mit Lösungen von Kalium permanganicum (Terson) 605.
Opiumdermatitis (Lanz) 168. 309.
Orchiococcus 581.
Orchitiden, Bakteriologisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese der gonorrhoischen und einiger anderer infektiösen (Eraud und Hugouneny) 581.
Orchitis parotitica 582.
— gonorrhoica, Punktion der Tunica vaginalis bei der akuten (Trekaki) 605.
Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique 172; — Beziehung der Syphilis zur (Schmidt) 101.
Oxamid, Harnkonkremente durch (Ebstein und Nicolaier) 134.
Oxychinaseptol s. Diaphtherin.

Pagetsche Krankheit 105. 339. 471.
—, Protozoenartige Gebilde der (Török) 209.
— des Penis und Scrotum (Couillaud und Darier) 266.
Palmitinseife 278.
Panaris analgetica 33.
Panaritium, Behandlung des (Schmidt) 545.
— analgicum 475.
— gangraenosum 538.
Papillom der Petroleum-Raffineure (Derville und Guermonprez) 195.
— der Tonsille, Zunge und Epiglottis, Multiple (Lange) 547.
— in der Harnröhre 51.
Papula humida 78.
Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilber - Injektionen

(Blaschko) 101; — Diskussion hierüber 298.
Parakeratosen (Tomasoli), E.-H.
Parakeratosis 474.
— scutularis, E.-H. 46.
— variegata, E.-H. 14. 49.
Paralysie vasomotrice des extrémités s. Erythromelalgie.
Parasitäre Hautkrankheiten (Hervouet) 385.
— in Chile, Pflanzlich- (Frömel) 387.
Paraurethrale Gänge, Gonorrhoe der 348; (Aldor) 348.
Paraurethritis (Rosenthal) 530.
Pariser Pflaster s. Pflaster.
Pasten 365.
Peau, Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la (Haren-Noman) 177.
Pediculosis 440.
Pediculi capitis 272; (Trouessart) 241.
Pelade s. Alopecia areata.
Pellagra 443.
Pemphigus 187. 228; E.-H. 64.
— foliaceus, E.-H. 93. 106; Beitrag zum Studium des (Hallopeau) 268.
— pruriginosus s. Hydroa.
— vegetans, E.-H. 64.
— vegetans jodicus (Trapesnikow) 587.
—, Beitrag zur Atiologie des (Strelitz) 283.
— der Conjunctiva (Brailey) 283; (Fuchs) 283.
— neonatorum, Erblichkeit und Infektion (Langfeldt) 386.
— ulcerosus (Mathieu) 389.
Penis, Amputation des (Rubio) 171.
—, Galvanokaustische Amputation des (Schick) 248.
Penisfisteln, Kongenitale (Posner) 533.
Perifolliculitis cutanea conglomerata (Tschernogubow) 169.
— tuberculosa (Lichen scrophulosorum) 11. 454.
Perineuritis gonorrhoica 329.
Peritonitis gonorrhoica der Frauen (Charrier) 250. 494.
Perivesikale Tumoren, Solide (Guyon) 600.
Personalia 252.
Perspiration der Haut s. Hautperspiration.
Perubalsam, Intoxikation durch (Lohaus) 180.
Petroleum-Raffineure, Papillom der (Derville und Guermonprez) 195.
Pfeifenstein (Nitze) 491.
Pflaster, Hautkrankheiten nach Gebrauch von Pariser (Elliot) 233.
Phagedänisches Ulcus durum (Medina) 486.
Phenylhydrazin, Bemerkungen über das (Kistermann) 600.
Phimosis congenita bei Kindern als Ursache nervöser Störungen 204.
Phlegmonen, Drainage der (Sior) 334.
Phlegmonen, Zur Illustration der Behandlung schwerer (Barthauer) 545.
Photographie im direkten Sonnenlicht (Heller) 371.
Pidali töbi 421.
Piedra 333.
Pigment 176.
Pigmentation bei Morbus Addisonii (Raymond) 338.
— durch Arsenik (Müller) 377.
Pigmentbildungen am Nacken 366.
Pigmentflecke 148. 319.
Pigmentmal s. Naevus.
Pigmentsarkom 93. 426.
Pigmentsyphilis s. Syphilis pigmentata.
Pikrotoxin auf die Schweifssekretion der Phthisiker, Wirkung des (de Amore) 240.
Pili moniliformes (Sabouraud) 333.
Pillen mit Salolüberzug 276.
Pilokarpin gegen Erysipel (Hale) 543.
Pityriasis 199. 272. 440.
— punctata 87.
— versicolor 387. 440. 467. E.-H. 46.
— rubra pilaris, Lichen und Lichen neuroticus (v. Düring) 447. 495.
—, Anatomische Untersuchungen über (Audry) 473.
— rubra (Bruck) 531.
— rubra pilaris, E.-H. 15. 22. 28. 47.
— simplex, E.-H. 27.
— circinata et marginata, E.-H. 46.
— rosea, E.-H. 46.
— des Kopfes, E.-H. 51.
— pilaris, E.-H. 81.
— simplex alba, E.-H. 81.
— tabescentium, E.-H. 82.
Plaquesnarben der Mundhöhle und ihre Ursache (Erb) 390.
Plaques, Syphilitische (Ravogli) 78.
Plasment 273.
Pocken s. Variola.
Polyadenom 480.
Polyp des Rachens, Behaarter (Conitzer) 445.
— der Harnröhre des Mannes (Goldenberg) 51.
Präparate für die Haut (Mosler) 278.
Präputiale Gänge, Gonorrhoe der 348.
Preisaufgabe, Dermatologische 156.
Prostataerkrankung, Verschiedene Nebenerscheinungen bei (Loumeau) 204.
Prostatahypertrophie beruhenden Ischurie, Radikalbehandlung der auf (Bottini) 170.
Prostatatumor, Anlegung einer permanenten Blasenfistel über der Symphyse bei inoperablem (Hoffmann) 489.
Prostatavergröfserung (Oestreich) 245.
Prostatitis chronica (Finger) 428.
Prostatectomia 170.
Prostahorrhoe 207.

Prostituierte auf Gonorrhoe, Untersuchung der (Philippson) 474.
Prostitution 290; (Müller) 271.
—, Zur Frage der (Thiry und Kaposi) 172.
—, Beitrag zur Regelung der (v. Zeissl) 271.
— und ihre gesetzliche Bekämpfung, Gefahren der (Zehnder) 271.
— in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung (Fedorow) 478.
Protozoen 339; — Künstliche Erzeugung von Hautkrankheiten am Tierkörper durch specifische (Lindner) 1.
— und Carcinom (Delépine) 198.
— beim Menschen, Pathogene (Kartulis) 235.
Protozoenartige Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit (Török) 209.
Prurigo Hebra 187. 234. 440. 452. 471. 479. E.-H. 106; (Hillairet und Gaucher) 283.
—, Betrachtungen über die (Vidal) 11.
—, Untersuchungen über die (Ehlers) 152.
Pruritus 272. 440. 467.
— universalis bei einem 6jährigen Knaben, seit 4 Jahren bestehend (Róna) 329.
— senilis 467.
— vulvae (Seeligmann) 488; (Balfour) 488; — Heilung durch den konstanten Strom (Cholmogoroff) 488.
Pseudo-Area 337.
Pseudoparalysis syphilitica (Moncorvo) 300.
Pseudotuberkulose durch den Favuspilz (Sabrazès) 535.
Psoriasis 187. 268. 272. 441. 471. 594. E.-H. 17. 21. 32. 47.
— erosa, Fall von (Lewin) 86.
— linguae syphilitica 86; (du Castel) 297.
—, Beiträge zur Pathologie der (Schütz) 92.
— der Nägel 92; (Bruck) 531; (Méneau) 580.
—, Jodkaliumtherapie der (Hillebrand) 175.
— der Kopfhaut (Besnier) 387.
—, Über typische und atypische (Rosenthal) 432.
—, Anatomische Untersuchungen über (Audry) 473.
—, Neue Behandlung der (Cazeneuve und Rollet) 535.
Psorospermien 209. 267. E.-H. 121.
— verwechselt werden können, Bedeutung gewisser pathologischer epidermoidaler Bildungen, welche mit (Kiener) 133.
— bei der Entwickelung der Epitheliome (Albarran) 172.
Psorospermien zur Carcinombildung, Beziehung der (Delépine) 391.
Pulverförmige Seifen s. Seifen.
Purpura haemorrhagica (Rachford) 148.
— und Magengeschwür (Hollevoet) 146.
— variolosa 188.
— pneumonica 236.
—, Ödem während der (Adam) 236.
— mit Chorea-Nephritis (Heller) 531.
— mit Angina und Stomatitis durch Streptokokken bedingt (Raoult) 545.
Pusteln im Schlund, Rachen, Nase und Kehlkopf (Audubert) 191.
Pustula foetida 78; (Oker-Blom) 471.
Pyoctanin 272.
Pyoctaninum caeruleum 272.
Pyrozon 272.

Quecksilber-Flanell (Vigier) 595.
Quecksilber-Idiosynkrasie (Schnell) 441.
Quecksilbereinreibungen in der Syphilisbehandlung (Fournier) 189.
Quecksilberinjektionen, Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären (Blaschko) 101; — Diskussion hierüber 298.
Quecksilbermifsbrauch, Blasenausschlag infolge von (Mouflier) 281.
Quecksilberoxycyanür, Giftigkeitsgrad des (Picard) 180.
Queckailberresorption und -Elimination, Untersuchungen über (Lindén) 326.
— bei der Einreibungskur (Welander) 372.
Quecksilbersalbe (Monnet) 277; (Sack) 365.
Quecksilbervergiftung durch Einreibung grauer Salbe, Letal verlaufene (Sackur) 180; — durch Kalomel und Sublimat (Havas) 280.
Quecksilberverdampfung aus Quecksilbersalben (Kunkel) 36.

Rachenläsionen bei hereditärer Syphilis (Higguet) 296.
Rachenpolyp, Behaarter (Conitzer) 445.
Rachensyphilis (Irsai) 537.
Radikalepilation auf elektrolytischem Wege (Sack) 242.
Rauhe Hände 278.
Raynaudsche Krankheit s. Asphyxia localis.
Rectumstriktur, Exstirpation bei syphilitischer (Sick) 485.
Reinfectio syphilitica (Pauly) 291.
Resorcin 272.
Resorcinol (Biëlajew) 471.
Resorption der Haut und Fettkörper (Aubert) 226.

Resorption von Jodkalium durch den Mastdarm (Calemtoni) 233.
— von Quecksilber 326.
Resorptionsvermögen der Haut (Kopff) 226; (du Mesnil) 227; (Sobieranski) 540.
Retinol mit Salol (Desnos) 344.
Rheumatismus gonorrhoicus mit Sublimateinspritzungen, Behandlung des (Jullien) 250.
Rhinoplastik nach Lupus (Weinlechner) 287.
Rhinosklerom, (Baumgarten) 334; Ätiologie und Pathologie (Pawlowsky) 134.
— der Nase, Typhus exanthematicus, Schwund der Rhinosklerombacillen (Lubliner) 334.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 234. 272. 331.
—, Europhen gegen (Shoemaker) 390.
Rotz s. Malleus.
Rubeola und Masern, Epidemie von unmittelbar nacheinander folgender (Kramsztyk) 384.
Russelsche Körperchen 435.

Säuglingsekzeme 191.
Salbenspritze zur Selbstbehandlung der Gonorrhoea posterior, Elastische (Seliger) 53.
Salicylsäure, Behandlung gewisser Formen von Cystitis mit (Bryson) 344.
Salol bei chronischer Cystitis (Sympson) 490.
— im Organismus, Über das (Cornet) 178.
— mit Retinol (Desnos) 344.
Salophen, Ein neues Salicylsäurederivat (Siebel) 35; — und dessen therapeutische Verwendung (Fröhlich) 145; — -Wirkung und krystallinische Ausscheidung auf der Haut (Hitschmann) 277.
Samenerguſs, Blutiger 601.
— bei Erhängten (Eberty) 346.
Saprozoen 5.
Sarcine im Urin ohne nachtheilige Folgen 246.
Sarcoma 392. 445. 548.
— am rechten Vorderarm, Kleinzelliges (Derville und Guermonprez) 196.
— der Augenlider (Flack) 197; — der oberen Extremität, Weiches (Jäckh) 199.
— mit sogenanntem chronischen Rückfallsfieber (Puritt) 198.
— idiopathicum multiplex cutis (Havas) 537.
— melanoticum der Plica semilunaris conjunctivae (Meighan) 197; — des Augenlides (Helferich) 197.
Sarcomatosis cutis (Kaposi) 426; (Martin) 536; (Palma) 548.
—, Eigentümlicher, mikroskopischer Befund bei einem Falle von sogenannter allgemeiner (Touton) 438.
Sattelnase, Wiederherstellung der (Weir) 253; (Diakonoff) 349.
Saurodermie, E.-H. 73.
Scabies 272. 440. 471.
—, Zur Geschichte der (Cabanès) 191.
—, Seltener Fall von universeller [Scabies norwegica] (Mario) 191.
Scarlatina 188.
—, Hautperspiration bei 94.
— und Syphilis (Heaney) 189.
— im Wochenbett (Ahlfeld) 234.
—, Ätiologie der (Döhle) 383.
— mit langandauernder Hyperthermie (v. Talamon) 384.
— in Oyonnax und Umgegend, Epidemischer Morbus Brightii und die (Fiessinger) 385.
Scarlatinaähnliche Hautausschläge 384.
Sectio perinealis mit Grittischen Instrumenten, Resultate der (Gritti) 172.
Schanker, Harter s. Initialsklerose.
—, Weicher s. Ulcus molle.
Scharlach s. Scarlatina.
Scheide, Spontane Expulsion eines groſsen Steines aus der (Leonard) 246.
Schleim des Harns (Malfatti) 343.
Schleimhauttuberkulose (Doutrelepont) 286.
Schlummerzellen und ihre Beziehungen zu den Eiterkörperchen (Weigert) 143.
Schmarotzertum in der Tierwelt (Loos) 585.
Schnurrbart, Ekzem des (Marchand) 332.
Schrunden der Brustwarzen, Liniment gegen 282.
Schwarze Zunge 193. 332.
Schwefel bei Hautkrankheiten, Gebrauch des (Zadeck) 146.
Schwefelbäder 436; (Barthélemy) 440.
Schwefelkamphor-Perubalsamseife 36.
Schwefelzinkhydrat in der Dermatologie (Petrilli) 180.
Schweiſsbildung bei korpulenten Personen 241.
Schweiſsdrüsen-Adenom 175. 480.
— -Erkrankungen, Beiträge zur Kenntnis der (Petersen) 479.
Schweiſsfüſse s. Hyperidrosis pedum.
Schweiſssekretion der Phthisiker, Wirkung des Pikrotoxin auf die (de Amore) 240.
Scirrhus der Mamma 549.
Sclerodermia 203. 237. 398.
—, Beiträge zur Kenntnis der (Wolters) 90. 176.
—, Pathologische Anatomie der (Hoffa) 200. 397.
— en plaques (Audry und Destot) 397.

Sclerosis syphilitica colli uteri (Le Camus) 486.
Scorbut (Rehn) 170.
Scrophuloderma 286.
Scrophulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes, Traité pratique, théorique et thérapeutique de la (Leloir) 135.
Seborrhoea 199. 233. 272.
— cerea 539.
— cornea 539.
— furfuracea 146.
Seifen, Krankenheiler (Paschkis) 35.
—, Toilette- und medicinische (Shoemaker) 36.
—, Pulverförmige medicinische, und neue Stückseifen (Eichhoff) 36. 181.
—, Anwendung in der Dermatologie (Schwarz) 181.
Selbstbeschädigung einer Hysterischen (Schimmelbusch) 336.
Senile Gangrän s. Gangraena.
Serum- und Blutdichte durch Hautveränderungen und durch externe Medikationen, Beeinflussung der (Schlesinger) 228.
Serumtherapie s. Hämotherapie.
Sexualempfindung, Suggestionstherapie bei konträrer 34.
Singultus bei hereditärer Syphilis 296.
Sirop de Raifort composé 470.
— de Salsepareille composé 470.
Skerljevo in Dalmatien, Zur Kenntnis des sogenannten (Peričić) 289.
Skindiseases, Ready-Reference, Handbook of (Jackson) 141.
Skorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge (Heubner) 240.
Soldaten, Vorschlag zur Gesundheitspflege der (Heller) 143.
Solveol als Antisepticum (Hiller) 230.
Sommerprurigo s. Eruptio aestivalis.
Sonde-Nélaton graduée 208.
Sozal (Lüscher) 471.
Sozojodol-Quecksilberlösung zur Behandlung luetischer Affectionen, Bereitung von (Schwimmer) 299.
Sozojodolpräparate, Desinfektionswert der (Spirig) 277.
Spermacysten 132.
Spermatorrhoe 208.
Sperminnachweis in verschiedenen Drüsen des tierischen Organismus (Pöhl) 600.
Spiegelbelege zu Fürth, Merkurialkrankheit in dem (Wollner) 55.
Spinalganglien des Kaninchens (Gaule) 97.
Spinalmeningitis, Syphilitische (Richter) 599.
Sporidienähnliche Parasiten im Krebsgewebe (Sawtschenko) 391.
Sporozoen 339.
Spritze zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe (Friedländer) 265.
Staphylococcus und Anthrax (Bougan) 388.
Stein aus der Scheide, Spontane Expulsion eines grofsen (Leonard) 246.
Steinkrankheit in Rufsland, Geographische Verteilung der (Lewschin) 170.
Sterilität infolge von Syphilis, Männliche (Hanč) 292.
Stoffwechselveränderungen nach Levicowasser 441.
Stomatitis infolge von Reizung der Epithelperlen im Munde Neugeborener (Garrigues) 254.
— mercurialis, Zur Pathogenese der (Lermoyez) 350.
— durch Streptokokken mit Purpura (Raoult) 545.
Streptococcus longus, Untersuchungsergebnisse betreffend den (Behring) 144.
Streptokokkenfrage, Beiträge zur (von Lingelsheim) 142.
Streptokokkeninfektion infolge von Hauterysipel, Allgemeine (Pfuhl) 388.
Strictura urethrae 583.
—, Behandlung mit Elektrolyse (Newman) 170; — mit linearer Elektrolyse (Fort) 171. 602; — mit Dilatation (Le Fort) 171.
—, Resektion bei traumatischer (Vignard) 489.
—, Prophylaxe der (Kollmann) 171;
—, Diagnose und Bedeutung (Distin-Maddick) 330.
—, Urethrotomia interna bei (Loumeau) 204.
—, Radikalbehandlung der (Bruce-Clarke) 207.
—, Vollständig undurchgängige. Urethrotomia externa (Guyon) 345.
—, Eingebildete (Peyer) 602.
—, Nützlicher Kniff beim Bougieren der (Haffter) 603.
Strophulus 14.
Sublimat, Quecksilbervergiftung durch (Havas) 280.
Sublimatinstillationen gegen blennorrhagische Cystitis (Loumeau) 249; (d'Haenens) 249.
Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung (v. Schrenck-Notzing) 34.
Suspensorium zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica (Falkson) 604.
Sycosis 234. 276. 387; (Quinquaud) 544; (Ehrmann) 389.
Symptomatisches Exanthem bei Icterus (Leven) 588.
Syndrome bulbo-médullaire 239.
Syphilid, Tubero-ulceröses (Rosenthal) 88.
— der Kopfhaut, Gegen (Riekma) 102.

Syphilid, Serpiginöses 116.
—, Pustulöses 295.
Syphilidologiae, Index bibliographicus (Szadek) 439.
Syphilis 266; (Rosenthal) 530; (Winternitz) 537.
—, Milzschwellung bei (Quinquaud und Nicolle) 32.
— des Auges (Fröhlich) 44; (Grofsmann) 45; (Silex) 595.
—, Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der (Engel-Reimers) 44.
— des Gehirns und Dementia paralytica (Binswanger) 45.
— durch die Mutter, Vererbung der (Nunn) 46.
— zur Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique, Beziehung der (Schmidt) 101.
— entgegenzutreten, Einige Mittel, um der Ausbreitung der (Allen) 103.
—, Entstehung der tertiären (Haslund) 115; (Lesser) 292.
— des Nervensystems, Behandlung (Althaus) 172; (Kowalewsky) 435.
— -Abteilung von E. Lang, Ordinationsformeln aus der 178.
—, Morphologische Blutveränderungen bei (Rille) 187.
— und Scharlach (Heaney) 189; — und Eklampsie (Lang) 300.
— der Nase (Treizel) 190; des Herzens (Semmola) 293.
— pigmentata 200.
—, Beiträge zur Geschichte der (Buret) 289.
— und gerichtliche Medicin (Fournier) 289.
—, Beratung und Beschlufsfassung über die Thesen der Kommission zur Vorbeugung der 290.
— und Tuberkulose (Elsenberg) 292;
— und Carcinom (Baginski) 485.
—, Männliche Sterilität infolge von (Hanč) 292.
—, Versuche zur Erzielung eines niederen Verlaufes der (Pellizzari) 293.
—, Perioden eines verschärften Auftretens der (Pellizzari) 293.
—, Nierenveränderungen durch (Justus) 294.
— infolge von Vaccination (Kaposi) 294.
— der Eingeweide (Hansemann) 296;
— der Zunge (du Castel) 297.
— maligna praecox des Nervensystems (Tourette) 300.
— zu nervösen Störungen der Kinder, Beziehungen der (Hadden) 301.
— -Tabes-Frage, Statistischer Beitrag zur (Minor) 301.
— des Nasenrachenraumes (Gerber) 319.
— und Carcinom 380.
—, Ätiologie der (Döhle) 383.
Syphilis, Kopfschmerzen im zweiten Stadium der (Lyonnet) 484.
—, Viscerale (Virchow) 485.
—, Kontraktur des M. biceps infolge von (Prost) 486.
— und Typhus abdominalis bei gleichzeitigem Auftreten? Beeinflussen sich (Maes) 486.
— von der Mutter auf den Foetus, Statistische Untersuchungen über die Übertragung der (Lhomer) 487.
—, Hysterie in ihren Beziehungen zur (Lucien) 487.
— und Dementia paralytica (Anglade) 487.
— cutanea vegetans (Bruck) 531.
— des Rachens und des Kehlkopfs (Irsai) 537.
— und Hautkrankheiten der Krankenanstalten zu Elberfeld, Bericht der Abteilung für (Eichhoff) 551.
— der Lungen (Jullien) 580.
—, Zur Kenntnis der Nervenerkrankungen in der Frühperiode der (Sänger) 597.
Syphilis hereditaria (Haslea) 190; (Erlenmeyer) 295.
—, Ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom bei (Carini) 296.
— bedingte Gehirnerkrankung, Eine durch (Erlenmeyer) 301.
—, Ataxie bei (Square) 302.
— von seiten des Vaters, Immunität der Mutter bei (Diday) 46.
—, Betrachtungen über die Diagnose der (Durante) 46.
— der Knochen, Spät auftretende (Davis) 46.
Syphilis hereditaria tarda 295; (Neumann) 596; (Homén) 598.
—, Rachenläsionen bei (Higguet) 296.
— laryngis (Straufs) 44. 297.
Syphilis-Behandlung (v. Zeifsl) 42.
— mit Merkurialien nebst Bemerkungen über Nephritis bei Luetikern (Lang) 4 2.
— mit dem elektrischen Zweizellenbade (Kronfeld) 43.
—, Der akute Jodismus und seine Gefahr für die (Finger) 102.
— im Anfangsstadium, Vorschläge zur (Eichler) 189.
— während der Schwangerschaft (Augagneur) 189.
—, Quecksilbereinreibungen bei der (Fournier) 189.
—, Wann soll sie beginnen? (Havas) 291; (Dubois-Havenith) 291.
—, Experimente über prophylaktische (Krówczyński) 431.
— mittelst Überstreichens — nicht Einreibens — mit Merkurialsalbe (Welander) 432.
— mit subkutanen Injektionen von Blutserum (Kollmann) 45; — von Hg

thymolo-aceticum(Mario)93;(Migneco) 298;— mit Hundeserum (Cottorel) 298; — von Quecksilberpräparaten (v. Zeifsl) 298; — von Sozojodolquecksilber (Schwimmer) 299; — von Hydrargyrum oxydatum flavum 299; — von Hydrargyrum formamidatum (Vishegrad) 299; — von Hydrargyrum benzoicum (Cochery) 239; — von Hydrargyrum succinimidicum (Jullien) 299; — von Oleum cinereum (Hägler) 300; — von Hg resorcino-aceticum(Ullmann) 470;— von Hg tribromophenolo-aceticum (Ullmann) 470; — mit succinimidicum (Arnaud) 485; — mit Blutserum (Tommasoli) 594.
Syphilisbacillus (Sabouraud) 593.
Syphilisforschung im Jahre 1891 (Heller) 41.
Syphilisinfektion, Extragenitale s. Initialklerose, Extragenitale.
Syphilitische Nephritis 42. 486. 595.
— Erkrankungen des Auges (Grofsmann) 45; (Galezowski) 189; (Silex) 595.
— Plaques (Ravogli) 78.
— Alopecie, Gegen (Riekma) 102; Histologische Veränderungen (Giovannini) 157.
— Gelenkserkrankung (Priklonski) 168;
— Leukoplakie 390.
— subkutane Lymphome, Tertiäre(Busch) 188.
— Zungenulcerationen 231.
— Epilepsie 437.
— Reinfektion (Pauly) 291.
— Chloro-Anämie (Stuckovenkoff) 294.
— diphtherieähnliche Angina (Rolin)294.
— Lichen 295.
— Exanthem, Typisches (Maes) 297.
— Pseudo-Paralysis (Moncorvo) 300.
— Muskelentzündung (Ostermayer) 320.
— Diabetes insipidus 366.
— Lichen ruber (Isaac) 367.
— Clavi 370.
— Ulcerationen, Europhen bei (Gibs) 441; (Gottheil) 467.
— Kopfschmerzen und ihre Behandlung (Lyonnet) 484.
— Rectumerkrankung (Sick) 485.
— Sklerose des Collum uteri (Le Camus) 486.
— Gift, Verschiedenes Verhalten der Individuen gegenüber dem (Mauriac) 593.
— Spinalmeningitis bei einem Paralytiker (Richter) 599.
— Erkrankung des Rückenmarks und der Brücke (Hoppe) 599.
— Tabes 437. 487.
Syphilom résolutif 117.
Syringo-Epitheliom 481.
Syringomyelie 33. 237. 239. 343.
— und Lepra (Thibierge) 185.

Tabes dorsalis eine syphilitische Erkrankung? Ist die (Plichon) 487.
Tabes-Syphilis-Frage, Statistischer Beitrag zur (Minor) 301.
Tâches arsenicales 377.
Tättowierungen 549.
Talg, Resorption durch die Haut 226.
Talgdrüsen am Penis, Gonorrhoische Erkrankung der 348.
Talgdrüsensekretion, Störungen der 538.
Taubenzecke als Parasit des Menschen (Alt) 55.
Teleangiektasien 97.
Temperatursinn 94.
Tendovaginitis gonorrhoica 328.
Teratoma 548.
Tertiäre Syphilis s. Syphilis.
Testikelsaft 600.
Teukrin 440.
Thilanin, Über geschmeidiges (Saalfeld) 276.
Thiol bei Ulcus cruris (Moncorvo) 276.
Thiolseife 36.
Thiophendijodid, Bakterielles Verhalten des (Spiegler) 144.
Thonerde und deren Verordnung, Essigsaure (Münzberger) 35.
Thymolquecksilber, Essigsaures (Migneco) 298.
Tinctura Lycopodii clavati (Greene) 472.
Tinea decalvans, Natur und Behandlung der (Illingworth) 202.
Tinktionsbehandlung inoperabler, maligner Neoplasmen (Mosetig-Moorhof) 548.
Tonsilla, Papillome der 547.
— linguae 349.
Torules ammoniacales 476.
Toxidermia gonorrhoica 267.
Transplantation nach Thiersch (Urban) 549; (Sick) 550.
Trichophytia 253. 266. 332. 386. 387. 467. 534; E.-H. 48.
— -Behandlung (Abraham) 332.
— chronica in einer Schule, Behandlung der (Duhring) 332. 542.
—, Beitrag zum Studium der (Audrain) 332; (Sabouraud) 333. 368.
— maculosa (Kaposi) 386.
— und Haarschwund (Brocq) 542.
Trichophyton macrosporon 368.
— microsporon 368.
Trichorrhexis 165.
— nodosa 266. 333. 368; (Ravenel) 192.
— parasitaria 333.
Tripper s. Gonorrhoe.
Tripperrheumatismus s. Rheumatismus.

Tuberkelbacillen 136. 593; — Toxische Produkte der (Prudden) 41.
— in den Lymphdrüsen Nichttuberkulöser (Pizzini) 286.
—, Neue einzeitige Doppelfärbung für die (Unna) 399.
— aus der Leiche gezüchtet, Reinkulturen von (Wunschheim) 425.
Tuberkulin, Chemotaktische Wirkungen des (Kluge) 40.
— und dessen Modifikation im Adirondack Cottage Sanatorium, Einige Resultate bei Verwendung von (Trudeau) 41.
— und die lebende Zelle (Denison) 100.
— bei Krankheiten der Rinder zu diagnostischen Zwecken (Eber) 179; (Guida) 179.
—, Wirkung auf gesunde Tiere (Geifsler) 179.
— bei Lepra (Donovan) 185; (Ferrari) 185; — bei Tuberkulose (Corazza und Meneghelli) 186.
Tuberkulin - Tuberkulocidinbehandlung, Kombinierte (Spengler) 186.
Tuberkulöse Erkrankungen, Vorkommen von Eiweifs im Harn bei (Kahane) 40.
— Epididymitis (Ledermann) 89.
— Drüsenknoten durch die sklerogene Lannelonguesche Methode, Heilung eines (Moncorvo) 100; — Naphtol-Kampfer bei (Courtin) 278.
— Zungenulcerationen 231.
— Cystitis 344. 583.
— Infektion durch Beschneidung (Kolizew) 491; (Pasternazki) 491.
— Natur von Eiterungen, Diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der (Debraye und Legrain) 593.
— Nephritis 595.
Tuberculosis cutis 12; (Leloir) 135; (Doutrelepont) 286.
— verrucosa cutis 137; E.-H. 55. 106; (Epstein) 89.
— der männlichen Geschlechtsdrüse (Bornhaupt) 171.
— und Lepra (Damaschino) 184; — und Syphilis (Elsenberg) 292.
— der Haut. Heilung. In der Folge Eingeweidetuberkulose. Erkrankung der tracheo-bronchialen Drüsen. Nephritis (Grancher) 186.
— des Zahnfleisches (Hajek) 287; der Nasenschleimhaut (Hajek) 288.
—, Übertragung durch den geschlechtlichen Verkehr. Bemerkungen zu Krakes Referat hierüber (Schuchardt) 288.
— cutis lichenoides (Lichen scrophulosorum) 11. 454.
— des Hodens 549; — der Halslymphdrüsen 549.
— cornea, E.-H. 55.
Tuberculosis, Behandlung mit Tuberkulin (Corazza und Meneghelli) 186; — mit Tuberkulin-Tuberkulocidin (Spengler) 186; — mit Zimmetsäure 468.
Tuberkulose-Erreger, Untersuchungen über Morphologie und Biologie des (Fischel) 582.
Tubuli elastici medicamentosi 206.
Tumoren, Kongenitale (Pott) 548.
— mit Elektrolyse, Behandlung der erektilen (Heins) 393.
Tyloma, E.-H. 54. 61.
Typhusbacillen in einem Eiterherd (Valentini) 336.
—, Metastatische Wirkungen der (Hirschel) 336.

Ulcerationen der Zunge (Fournier) 231.
— des Unterschenkels, Ausgedehnte (Goldzieher) 264.
Ulcus 468; —, Verschwärung und deren Heilung (Bell) 194. 334.
— durum, s. Initialsklerose.
Ulcus molle 391. 468. 469. 471. 586. 594.
—, Bacillen des 109, 319.
—, Das specifische Mikrobion für (Krefting) 321. 546.
— mit Fieber, Fall von zahlreichen kleinen (Legrain) 390.
—, Behandlung mit Antifebrin (Basilewitz) 299; mit Sozojodol (Trapesnikow) 546.
—, Behandlung des (Gamel) 491.
— an den Fingern (Nové-Josserand) 390.
— und der venerische Bubo in ihren Beziehungen zu den Jahreszeiten (Tommasoli) 547.
Ulcus rodens 210. 471. 480. 549; (Dangerfield) 393.
Ulcus cruris 230. 471; Behandlung von (Morton) 49; (Jefsner) 201; (Finzi) 201.
— mit Zinkleimorgantinverbänden (Rornisch) 201; mit Dermatol 233; mit Thiol (Moncorvo) 276.
—, Behandlung der varikösen (Fejer) 342; (Quénu) 343.
—, Thrombose der linken Kruralvene, Embolie der Pulmonararterie, Tod (Jwanicki) 342.
—, Behandlung (Osierki) 396.
—, Praktische Beobachtungen über Behandlung des (Vinzi) 396.
Ulerythema centrifugum 471. 481. E.-H. 110; (Lassar) 530; — der Nägel 531.
— pilare 454.
— sycosiforme 337.
— ophryogenes Taenzer 74; E.-H. 57.
Unterschenkelgeschwür, s. Ulcus cruris.

Untersuchungsmethode, Histologische (Walker) 113.
Ureterfistel auf die Harnsekretion, Einfluſs der (Schatz) 491.
—, Therapie der (Geyl) 52.
Ureterresektion (Küster) 600.
Urethra, Polypen der männlichen (Goldenberg) 51; (Verhoogen) 600.
—, Kontusionsverletzungen der; gefahrdrohende Blutung, Urethrotomia externa in der vierten Woche nach der Verletzung. Heilung (Greuſsing) 52.
—, Haarnadel in der (Meltzer) 205. 489; (Schendel) 345.
—, Ruptur der (Kumar) 246.
—, Einige Bemerkungen betreffs Behandlung der (Wächter) 251.
—, Prolaps der weiblichen (Kleinwächter) 346.
—, Resektion des perinealen Teiles der (Guyon) 601.
— -Geschwulst (Brown) 245.
Urethralerkrankungen, Neue Behelfe zur Diagnose und Therapie der (Lang) 206.
Urethralsalbe 365.
Urethralspritze 265. 347.
Urethralstein (Kenyeres) 491.
Urethralstrikturen s. Strictura.
Urethritis chronica, Vorträge über (Horteloup) 329.
— catarrhalis der Kinder männlichen Geschlechts, Ätiologie und Wesen der (Róna) 375.
— posterior chronica (Finger) 428.
—, Örtliche Behandlung mit öligen Mitteln (Chancellor) 493.
Urethroskop 475.
Urethrotomia externa (Kennedy) 244; (Guyon) 345.
— interna bei Harnröhrenstriktur (Loumeau) 204.
Urin, Cladothrix dichotoma im (d'Haenens) 245.
— ohne nachteilige Folgen, Sarcine im 246.
— zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben, Versuch, den (Kutner) 343.
—, Zuckernachweis im (Hoppe-Seyler) 344.
Urininfektion, Studie über die (Denys) 489; — Bakteriologische Untersuchungen über (Krogius) 490.
Urinschleim (Malfatti) 343.
Urinuntersuchungen, Zwei praktische Vorschläge bei (Bishop) 244.
Urniere in ihrem Verhältnisse zur Vorniere und Nebenniere, und ihre Verbindung mit dem Genitalsystem, Morphologische Bedeutung der (Semon) 133.
Urogenitalblennorrhoe kleiner Mädchen (Cohen-Brach) 54.
Urologische Beiträge (Zuckerkandl) 245.
Urometer von Zoth (Hofmann) 491.
Uropoëtisches System, Klinische Beobachtung (Verhoogen) 248.
Urticaria 14. 149. 444. E.-H. 107.
— haemorrhagica, 2 Fälle von (Wills) 148.

Vaccinales Fieber (Sobotka) 425.
Vaccination von einem Pockenkranken, Zufällige (Bentzsch) 154.
Vaccine-Variola 153.
— -Blepharitis (Peiper) 192.
— -Syphilis (Kaposi) 294.
Vaginalgeschwüre mit Alkohol, Lokalbehandlung der (Barsony) 391.
Vaginalstein 246.
Vaginitis 468.
Varicellen und Pocken, Zur Identitätsfrage 153.
—, Theorie betreffend (Birdwood) 384.
— in einer knöchernen Narbe, Bemerkungen über einen Abscess im Gefolge der (Kummer) 384.
Varicen 202.
— der unteren Extremitäten, Zur Frage über die Trendelenburgsche Behandlung der (Prawdoluslow) 342.
— bei Ulcus cruris, Radikalbehandlung der (Quénu) 343.
Variola 188. 481.
— -Vaccine (Haccius) 153.
— und Varicellen, Zur Identitätsfrage (Freyer) 153.
—, Sterblichkeit in der Ortschaft Pudsey vor 100 Jahren (Hunter) 153.
—, Narbenbildung bei (Hartge) 153.
— und Komplikationen, Quantitatives Verhalten der Blutkörperchen bei (Pick) 153. 373.
—, Bestäubungen, Bepinselungen und Bäder mit Sublimat bei der Behandlung der (Emerit) 384.
—, Variolois und Varicellen (Biedert) 443.
—, Ätiologie der (Döhle) 383.
—, Abscesse nach (Combemale und Marivint) 384.
Vas du reto (Poirier) 132.
Venektasien der Brust- und Bauchwand mit Ödem der Oberextremitäten (Rast) 537.
Venen der Haut der Unterextremitäten und des Bauches, Excessive Entwickelung von (Derville) 202.
Venerischer Katarrh, dessen Pathologie und Therapie (Lang) 583.
Venerische Krankheiten, Entwickelungsgeschichte der lokalen (Lydston) 51.
Verbrennungen 229. 468; — im Kindesalter, Behandlung der (Wertheimer) 150.

Verbrennungen, Behandlung mit Thiol (Bidder) 150.
—, Todesursache nach (Salvioli) 281; (Kijanizyn) 282.
—, Beitrag zur Pathogenese der Verbrennungen (Reifs) 433.
Vereiterung der Lederhaut (Heitzmann) 327.
Verdauungsbeschwerden mit der Harnretention, Kausaler Zusammenhang zwischen (Alapy) 248.
Verhornung, Über die (Zander) 97.
Verruca 198. 234. 479; (Audry) 473.
— seborrhoica 87.
— teleangiectatica s. Angiokeratom.
— cornea, E.-H. 55.
— senilis, E.-H. 55. 106.
Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung (Bell) 194. 334.
Verweilkatheter s. Dauerkatheter.
Vesikulöser Ausschlag infolge des Gebrauchs hundslederner Handschuhe (Puy-Le-Blanc) 588.
Vitiligo, Über (Thibierge) 200.
—, Alopecie mit nachfolgender (Dubreuilh) 473.
Vorniere, Verhältnis der Urniere zur 133.
Vorticellen 3.
Vulvovaginitis kleiner Mädchen 174; (Cohen-Brach) 54.

Wachsmodelle von Hautkrankheiten (Lassar) 266.
Wasserstoffsuperoxyd 272; — als therapeutisches und diagnostisches Mittel (Stuver) 36.
— in der Syphilisbehandlung 431.
Weichteil-Sarkom der oberen Extremität (Jäckh) 199.
Wimperbildung, Über (Hirschberg) 56.
Wochenbettscharlach (Ahlfeld) 235.
Wollfett s. Adeps lanae.

Xeroderma pigmentosum, E.-H. 107; — Zwei Fälle von (Murphy) 49.
Xerodermia pilaris 72.

Zähne, Bleichen geschwärzter 349.
— bei den Cretins, Trophische Störungen der (Lejard) 341.
Zahnfleischtuberkulose (Hajek) 287.
Zelle und Tuberkulin, Die lebende (Denison) 100.
Zellgewebe, Chirurgische Krankheiten des (Winiwarter) 437.
Zellgewebsentzündungen, Zur Ätiologie der akuten (Brunner) 195.
Zeugung, Geschlechtsbestimmung bei der (Keefe) 55.
Zimmetsäure s. Acid. cinnamylicum.
Zincum permanganicum 472.
Zinkoxyd, Intoxikationen mit (Falcone und Maramaldi) 441.
Zona 229. 538.
— femoralis mit Drüsenschwellung (Fatichi) 151.
— ophthalmica, Zur Behandlung der (Boursoige) 152.
— bei Kindern (Comby) 282.
— im Gebiete des Radialis nach Masern (Adenot) 282.
— cervico-occipitalis, Periphere Lähmung des Facialis infolge von (Perrin) 588.
—, Behandlung der (Smith) 282.
Zoster s. Zona.
Zuckerbestimmung 205. 344.
Zuckerprobe, nebst Bemerkungen über das Phenylhydrazin, Positiver Wert der Nylanderschen (Kistermann) 600.
Zunge, Schwarze 332; — Mucorgattung bei (Ciaglinski und Hewelke) 193.
—, Angiom der (Riehl) 425.
—, Ulcerationen der (Fournier) 231.
—, Syphilis der (du Castel) 297.
— im vierten und fünften Monat nach der Infektion, Ulcerierte Gummata der (Maes) 297.
—, Papillome der 547.
Zungentonsille nebst Bericht über 15 Fälle, Hypertrophie der (Scheppegrell) 606.
— im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta, zur Pathologie der (Gurowitsch) 349.
Zwillingshaar mit einer einfachen inneren Wurzelscheide (Giovannini) 378.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abbé 225.
Abel, Die Aussätzigen in Konstantinopel 285.
— Demonstration einer Dermoidcyste vom rechten Ligam. lat. uteri 424.
— Vorstellung eines Falles von multiplen Melanosarkomen 424.
Abraham, P. S., Der angebliche Zusammenhang zwischen Impfung und Lepra 39.
— Zur Behandlung des Herpes tonsurans 332.
— 98. 184. 185.
Adam, Das Ödem während der Purpura 236.
Adamkiewicz, Fremde Beobachtungen über die Wirkungsweise des Kankroins nebst einigen Bemerkungen 340.
— Untersuchungen über den Krebs und das Prinzip seiner Behandlung 379.
— Kankroin 469.
Addison 377.
Adenot, E., Herpes zoster im Gebiete des Nervus radialis bei Masern 282.
Adler, L. H., Die Behandlung der Fissura ani 150.
Aeby, 378.
Ahlfeld, F., Über Exantheme im Wochenbett, besonders über den sogenannten Wochenbettscharlach 235.
Alapy, Über den kausalen Zusammenhang von Verdauungsbeschwerden mit der Harnretention 248.
Albarran, Rolle der Psorospermien bei der Entwickelung der Epitheliome und über gewisse Epitheliome der Blase 172.
— 477.
Aldor, D., Über die juxta-urethralen Gänge als Ursache chronischer Blennorrhoe und über deren Operation 348.
Alezais 394.
Alibert 90. 191.
Allen, Charles W. Einige neuere Heilmittel in der dermatologischen Praxis 272.
— Aristol 273.
— Einige Mittel, um der Ausbreitung der Syphilis entgegenzutreten 103.
Allmén, 326.
Almquist, 283.
Alsberg 96.
Alt, K., Die Taubenzecke als Parasit des Menschen 55.
Althaus, Behandlung der Syphilis des Nervensystems 172.
Amicis, de, E.-H., 67. 97.
Amore, de, Über die Wirkung des Pikrotoxins auf die Schweifssekretion der Phthisiker 240.
Anderson 333.
Anglade, D., Syphilis und Dementia paralytica 487.
Aretaios, Elephantiasis scroti 171.
Arnaud, L., Die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hg succinimidatum 485.
— 394.
Arnheim, Georg, Die Fortschritte in der Dermatologie 143.
Arning, Über Lepra 173.
— 174. 177. 260. 428. 560. 570. 572.
Arnold 217. 218. 219. 224. 445.
—, Carl, Repetitorium der Chemie 379.
Arnozan 252.
Aronsohn, Ed., 344.
Arsdalen, Waldo von, Mischung von Stickstoffoxydul und Sauerstoff als Anaestheticum bei kleineren chirurgischen Eingriffen 549.
Asmus, Akromegalie 536.
Aubert, Über Fettkörper und Hautresorption 226.
— 102. 362.

Audrain, J., Beitrag zum Studium der Trichophytiasis tonsurans 332.
Audubert, Über einen Fall von Pusteln im Schlund, Rachen, Nase und Kehlkopf 191.
Augagneur, Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 189.
— 596.
Audry, Ch., Anatomische Untersuchungen über die Keratosen (Psoriasis, Pityriasis rubra pilaris, Angiokeratom, Ichthyosis, Verruca u. s. w.) 473.
— Über das Angiokeratom 474.
— und Deydier, H., Über einen Fall von Angiokeratom 392.
— und Nové-Josseraud, Multiple Hauttumoren, Epitheliome und Hydradenome 392.
— und Fabre, Über einen Fall von allgemeinen Hautfibromen nervösen Ursprungs 395.
— und Destot, Über einen Fall von Sklerodermie en Plaques 397.
— und Lacroix, Epidermoide Tumoren der Hand und Finger 243.
— Bemerkungen über einen Fall von Keratodermia symmetrica congenitalis non hereditaria der Extremitäten 331.
— Plexiforme Neurome 394.
Auliffe, Mac, Die Übertragbarkeit, die Prophylaxe und die Behandlung der Lepra 483.
Auspitz 90. 152. 438. E.-H., 1. 4. 43. 44. 45. 81. 89. 122.
Avicenna 191.
Azua, E.-H. 75.
Azzolini, E.-H. 141.

Babès 134. 184. E.-H., 99.
Bácskay 248.
Bärensprung 168. 175. 596.
Bäumler 596.
Baginski, A., 239. 376.
—, B. 297.
— Präparat eines grofsen Carcinoms des Halses 485.
Balfour, Pruritus ani oder vulvae 488.
Ball 91.
Bamberger, E., Melanosarkom der Haut, der Muskulatur, des Peritoneums und der Pleura des Herzens und der gesamten Lymphdrüsen. Diffuse Dunkelfärbung der Haut 393.
— 101.
Bardeleben, K. von, Über 600 neue Fälle von Hyperthelie bei Männern 228.
Bardenheuer 144.
Barduzzi 155. 180.
Barham, C. R., Über neurotisches Ekzem bei Erwachsenen 589.
Barlow, R., Beiträge zur Ätiologie. Prophylaxe und Therapie der Cystitis 476.
— 170. 240.
Barsony, Über lokale Behandlung von Vaginalgeschwüren mit Alkohol 391.
Bartels, M., Einen Fall abnormer Behaarung 445.
Barthauer, Zur Illustration der Behandlung schwerer Phlegmonen 545.
Barthélemy, Über Schwefelbäder 440.
— Über Dermographismus 444.
— 473. 587.
— und Jacques, Acne sebacea 193.
Bartholini 378.
Bartholow 189.
Basedow 203.
Basilewitz, K., Antifebrin zur Behandlung weicher und harter Schanker 299.
Basserau 80. 81.
Bateman 11.
Bauer, Hemihyperidrosis cruciata 50.
Baumann 441.
Baumgarten, P., 261. 262. 263.
—, Egmont, Ein Fall von Rhinosklerom 334.
Bazin, 15. 80. 195. 268. 310. 377. E.-H. 5. 9. 26. 29. 93. 96. 108. 115. 117. 147.
Baxter, Buchanan, E.-H., 93. 94. 98.
Bednar, 254.
Behrend, G., 73. 309. 310. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 333. 378.
Behring, Untersuchungsergebnisse betreffend den Streptococcus longus 144.
— Über Desinfektion am lebenden Organismus 231.
Bell, Guido, Über Verschwärung, Geschwüre und deren Heilung 194. 334.
Bellei, E.-H., 141.
Benczur, 228.
Benedikt 362.
Bentzch, Mitteilung über eine zufällige Vaccination von einem Pocken-Patienten 154.
Bercutts 362.
Berg, Henry, Calcium bisulfurosum liquid. 468.
Bergmann, v., 559.
Berliner, Carl, Referate 16. 93. 177. 329. 379. 437. 482. 539. 543. 587. 590. 592. 593. 599.
Bernhardt, Ein Fall von Erythromelalgie 147.
Bertarelli 155.
Besnier, E., Gegen Herpes der Genitalien 283.
— Psoriasis der Kopfhaut 387.
— 13. 15. 34. 72. 158. 185. 267. 291 337. 397. 447. 448. 451. 509. 510. 512. 513. 514. 522. 523. 528. 529. 534. E.-H., 15. 16. 20. 22. 28. 32. 34. 37. 38. 57. 73. 75. 89. 92. 108. 115. 119. 122. 151. 152. 153. 154. 156.

Bidder, Behandlung der Verbrennungen mit Thiol 150.
Biedert, Th., Der Kollodiumwatteverband und seine Verwendung zu oberflächlichen und fixierenden Verbänden und zur Befestigung von Verweilkathetern 54.
— Variola, Variolois und Varicellen 443.
Biedl, A. und Hasterlik, P., Vorläufige Mitteilung über die Innervation der Hautgefäße 540.
Bieganski 229.
Bielajew, Resorcinol 471.
Bigelow 171. 248.
Bignone E.-H. 18.
Billroth, Über spontane Vernarbung von Epithelialcarcinomen 425.
— 480.
Binswanger, O., Hirnsyphilis und Dementia paralytica 45.
Binz 585.
Bircher, 409. 410. 411.
Birdwood, R. A., Eine Theorie, betreffend die Windpocken 384.
Birch-Hirschfeld 176.
Bishop, L. F., Zwei praktische Vorschläge bei Urinuntersuchungen 244.
Blaschko, A., Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen 101.
— Über die Hygiene der Barbierstuben 266. 367.
— 265. 298. 367. 368.
Blix 94.
Blondel, Gegen Komedonen 192.
Blumer, Carl, Hereditäre Neigung zu traumatischer Blasenbildung (Epidermolysis bullosa hereditaria) 324.
Bobroff 349.
Bock 591.
Bockendahl 251.
Bockhart 350. 386. 439. 538. 603.
Bodin, E., Über den Favus des Menschen 534.
— 534.
Böck 596.
Boeck, C., 268. 321. 431. 449. 450. 529. 559. E.-H., 30. 37.
Börner, Zwei Dermoidcysten 243.
Böttcher 600.
Boinet, Ed., Klinisches Studium der Lepra 482.
— 536.
— und Trintignau, Über das Methylenblau bei der Malaria und bei Gonorrhoe 251.
Bókai 376. 587.
Bollinger, O., Über eine seltene Haargeschwulst im menschlichen Magen 254.
Bonaniti, F., Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria Köbners 589.
Bonome, A. und Vivaldi, M., Über die Bedeutung des Mallein bei der präventiv-diagnostischen und therapeutischen Behandlung der Rotzkranken 190.
Bordet 594.
Bornhaupt, Über die Histogenese der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsdrüse 171.
Borrel 213.
Bostroem 543.
Botter, C., Ein Fall von Lepra mutilans 592.
Bottini, Über radikale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie 170.
Bouchard 444. 594. E.-H., 127. 137.
Bouchardat 145.
Bougan, A., Anthrax und Staphylococcus 388.
Bourdillon, E.-H., 33. 34. 35.
Boursoige, Zur Behandlung des Zoster ophthalmicus 152.
Bovero, R. und Peroni, G., Euphorin 275.
Bowreman-Jesset, Fr., Fall von Dermoidcysten 243.
Boy-Teissier 198.
Bräutigam, W., Über die Zusammensetzung des Niederschlags aus dem Liquor Kalii arsenicosi 277.
Brailey, W. A., Ein Fall von Pemphigus der Conjunctiva 283.
Brand 316.
Braquehaye, Naevi vasculares der rechten unteren Extremität und des korrespondierenden Teiles des Unterleibes mit halbseitiger Hypertrophie 243.
Brassac 284.
Brault, Fall von Bilharziosis 207.
—, A. und Perruchet, E., Die Addisonsche Krankheit ohne sichtbare Veränderungen der Nebennierenkapsel, Verwachsung einer tuberkulösen Drüse mit dem rechten Semilunarganglion 394.
Brieger, 282. 469.
Brissaud, E.-H., 128.
Broca 480.
*Brocq, L., Bemerkungen zur Alopecie der Keratosis pilaris 72.
— Haarschwund und Trichophytiasis 542.
— Neue Details über die Zerstörung der Haare durch Elektrolyse 242.
— Über die Beziehungen zwischen dem Haarschwund bei Keratosis pilaris und der Alopecia seborrhoica 333.
— 12. 13. 32. 105. 337. 449. 450. 452. 453. 472. 529. E.-H., 14. 21. 30. 31. 34. 36. 38. 39. 49. 57. 84. 85. 86. 90. 95. 96. 97. 98. 107. 115. 117. 118. 119. 147. 150. 151. 152.
Brodier und Hallopeau, Über einen Fall von Dermatitis scarlatiniformis 580.

Brooke 317. 318. E.-H., 75.
Brosin 193.
Brouardel 374.
Browicz, Th., Die parasitäre Theorie des Carcinoms 197.
Brown, Über eine Harnröhrengeschwulst 245.
Brown-Séquard 581. 600.
Bruce-Clarke, W., Die Radikalbehandlung der Urethral-Strikturen 207.
— 170.
Bruck, Syphilis cutanea vegetans 531.
— Pityriasis rubra 531.
— Psoriatische Erkrankung der Nägel 531.
Brugsch 560.
Brunner, Zur Ätiologie akuter Zellgewebsentzündungen, eine Karbunkel-Hausepidemie durch Infektion mit tierischem Sekret 195.
Bruno-Chaves 284.
Bruns 414.
Bryson, John R., Über den Gebrauch der Salicylsäure bei der Behandlung gewisser Formen von Cystitis 344.
Bryson-Delavan, Eine neue Administrationsmethode für Jodkalium 36.
Buchner 144.
Buckmaster, G. A., und Rake, B., Eine Untersuchung über die Frage von der Übertragbarkeit der Lepra vermittelst der Vaccination 38.
— Fernere Bemerkung über Lepra und Vaccination 40.
Bütschli 2.
Büttner, H., Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von Gonokokken im weiblichen Genitalsekret 604.
Bulkley, L. Duncan, Akne und Alopecia 538.
— E.-H. 27. 122. 123. 137.
Bumm, Die gonorrhoische Infektion und ihre Behandlung 347.
— Über die Tripperinfektion beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen 347.
— 348.
Bumstead 51.
Burckhardt, Lysol oder Kresolsaponat 467.
Burdach 599.
Buret, Beiträge zur Geschichte der Syphilis 289.
Burlureaux, Antiseptische Behandlung des Furunkels und Anthrax 544.
Burney, Mc, 338.
Burshinsky 362.
Burton, W. E., Eine Harnröhrenspritze 347.
Busch, Über tertiär-syphilitische subkutane Lymphome 188.
Busquet, Haarkrankheiten 332.
— Über den Ursprung des Favus 398.
Busquet 319.
Butte, L., Die Verwendung des Jodcollodiums bei den Haarkrankheiten als Enthaarungsmittel 253.
— Der Harnstoff des Blutes bei Hautkrankheiten 145.
Buttin, 480.
Buzer, Carl, Ein Fall von Akromegalie 338.
Buzzi 362.

Cabanès, Zur Geschichte der Krätze 191.
— „Die Wahrheit über den Tod Napoleon III." 244.
— Die Lepra und die Leprösen in Frankreich 483.
Cadéac und Guinard, Zur Wirkung des Lysols 178.
Calderon 431.
Calemtoni, Die Resorption von Jodkalium durch den Mastdarm und die Ausscheidung des ersteren 233.
Campana, 348. E.-H., 18.
Campbell, E.-H. 35.
Camus, Le, Sclerosis syphilitica des Collum uteri 486.
Canon und Pielecke, Über einen Bacillus im Blute von Masernkranken 385.
Carballo, W., Lysol gegen die Blennorrhagie 492.
Carini, Antonino, Über ein bisher nicht beschriebenes Symptom von hereditärer Syphilis 296.
Carreau, J., Beitrag zur Behandlung der Lepra 284.
— Lepra 482.
Carter, E. C., Ein Fall von Myxödem und Geistesstörung, behandelt mit Injektionen von Schilddrüsenextrakt 49.
— 559.
Caspary, Mycosis fungoides 318.
— E.-H., 102. 104. 105.
Casper, 583.
— -Limau 346.
Castel, du, Die Syphilis der Zunge 297.
Castelli, E.-H., 141.
Castor, Lepra und Vaccination in Britisch Guyana 39.
Cathélineau, Jodoform-Ausschlag 370.
Cavazzini, Alberto, Antiseptische Mischungen pulverförmiger Substanzen 278.
Cazanova 90.
Cazenave 13. 15.
Cazeneuve und Rollet, Eine neue Behandlung der Psoriasis 535.
Celsus 361.
Ceppi 603.
Cerna, David, Die therapeutische Anwendung der Kawa-Kawa 207.
Cerné 343.

Chambord, E.-H., 104. 105.
Chancellor, Eu., Örtliche Behandlung specifischer und nicht specifischer Urethritis mit öligen Mitteln 493.
Chantemesse 536.
Chaut, A., Eine neue Behandlung des Lupus 593.
Charcot, 600, E.-H., 127.
—, J. B. und Souques, A.. Greisenhaut-Geromorphismus 395.
Charrier, P. R., Die Peritonitis gonorrhoica der Frauen 250. 494.
Chérot, H., Molluscum pendulum der Vulva 393.
Cheyne 185.
Chiari, Über die Genese der Atheromcysten 134.
— 243.
Cholmogoroff, S., Ein Fall von Heilung des Pruritus vulvae durch den konstanten Strom 488.
Chotzen, M., Alumnol (ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe) 274.
— 146.
Christmas und Respaut, Wirksame Gemische antiseptischer Stoffe 280.
Chwolson, Über den Ritus des Aussaugens bei der Beschneidung der Juden 492.
Ciaglinski und Hewelke, Eine Mucorgattung bei schwarzer Zunge 193.
Clado 477.
Clarke, M., 203. 599.
Clasen, E., Elektrolytische Operationen in der ärztlichen Praxis 233.
Cochery, Hydrargyrum benzoicum 299.
Cohen-Brach, Die Urogenitalblennorrhoe (Gonorrhoe) der kleinen Mädchen 54.
Cohn, Ferdinand, 476.
Cohnheim 327. 380. 446.
Cohnstein, Über den Einfluſs einiger edler Metalle auf die Nierensekretion 204.
Colas, E., Die Behandlung der Gesichtsrose mit Sublimat-Zerstäubungen 389.
Colhoun 25. 111.
Colles 295.
Colomiatti, E.-H., 18.
Combemale und Marivint, Über die Abscesse nach Pocken 384.
Comby, Herpes zoster bei Kindern 282.
Conitzer, L., Ein behaarter Rachenpolyp 445.
Constantin 534.
Corazza, Lodovico und Meneghalli, Tullio, Behandlung des Lupus und der chirurgischen Formen der Tuberkulose mit Tuberkulin-Koch 186.
Cornet, P., Über das Salol im Organismus 178.
Cornil 184. 187. 217. 220.
Cotes, C. E., Eine neue Behandlungsweise der akuten Gonorrhoe 347.
Cottorel, Edward, Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Syphilis mit Hundeserum 298.
Couillaud und Darier, Pagetsche Krankheit 266.
Courtin, Über Naphtol-Kampfer in der chirurgischen Behandlung tuberkulöser Lymphdrüsenentzündungen 278.
Courrent 300.
Cowper 8. 534.
Credé 251. 252.
Cripps 207.
Crocker, R., Pathologie und Behandlung der Alopecia areata 341.
— 267. 333. 590. E.-H., 69. 70. 73.
Crocq 173.
Cséri 376.
Cuoghi, E.-H., 138.
Curzio 177.
Czaplewski 358.
Czillag 249.

Daggett, H. J., Ein Fall von trockener Gangrän 49.
Damaschino, Lepra und Tuberkulose 184.
Dangerfield, H., Über Ulcus rodens 393.
Danielssen, C., Zur Therapie der Lepra 427.
— 185. 268. 484. 559.
Darier 12. 158. 221. 266. 267. 393. 481. E.-H., 49.
— und Couillaud, Pagetsche Krankheit 266.
Daubler 186.
Davasse 81.
Davier-Colly, Ein schwerer Fall von Anthrax 388.
Davies, A. T.. 202.
Davies, J. T. H., Gangrän des Fuſses nach Erysipel am Kopf und Gesicht 341.
— Behandlung eines Myxödems mit Injektionen des Schilddrüsenextraktes 398.
Davis, G. G., Spät auftretende hereditäre Syphilis der Knochen 46.
Debraye und Legrain, Diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der tuberkulösen Natur von Eiterungen 593.
Dechambre 284.
Dehio, C., Über die Erkrankung peripherer Nerven bei Lepra anaesthetica, 38.
— 174.
Delafield 591.
Delépine, S.. Protozoa und Carcinom 198.
— Über die Beziehungen der Psorospermosen zur Carcinombildung 391.
Demarbaix 210. 224. 225.

Denison, C., Tuberkulin und die lebende Zelle 100.
Denucé, 3 Fälle von Heilung nervöser Störungen durch Circumcision bei Kindern mit kongenitaler Phimosis 204.
— 388.
Denys, J., Studie über die Urininfektion 489.
Dépéret 536.
Derville, Leon, Ein Fall von ganz excessiver Entwickelung der Hautvenen, der unteren Extremitäten und des Bauches 202.
— und Guermonprez, Das Papillom der Petroleum-Raffineure 195.
— Kleinzelliges Sarkom am rechten Vorderarm 196.
Desnos, Indikationen zur Lithotripsie 171.
— Retinol mit Salol 344.
Dessoir, M., Über den Hautsinn 94.
Destot, Thrombose der Augenvenen und des Sinus cavernosus infolge von Akne 390.
— und Audry, Über einen Fall von Sklerodermie en Plaques 397.
Deubel, Angiome 392.
Deutschmann 603.
Devergie 13. 15. 377. 449. 452. 509. 523. E.-H., 15. 28. 45. 49. 83.
Deville 81.
Deydier, H. und Audry, Ch., Über einen Fall von Angiokeratom 392.
Dezwarte, Der Lupus bei alten Leuten 287.
Diakonoff 349.
Diaz, D. F. G., Über ein Erythem nach Einführung von Antipyrin 443.
Diday, Immunität der Mutter bei hereditärer Syphilis von seiten des Vaters 46.
— 329.
Dietrich 362.
Dinkler 201. 397.
Dioscorides 361.
Distin-Maddick, E., Die Harnröhrenstriktur, ihre Diagnose und Behandlung 330.
Dittel 52. 170.
Doehle, Zur Ätiologie von Masern, Pocken, Scharlach, Syphilis 383.
Doernberger, E., Über die Behandlung mit Dermatol in dem Anna-Kinderspital zu Graz 233.
Donaldson 94.
Donovan, G. F., Die Tuberkulinbehandlung der Lepra 185.
Douglas 19. 21.
Doutrelepont, Über Haut- und Schleimhauttuberkulose 286.
Doyon, A., 13. 72. 158. E.-H., 44. 57. 73. 92. 108.
Drasche 277.
Drews, Richard, Über Ekzem und seine Behandlung mit Zinköl 385.
Dronke und Ewald, Untersuchungen über Stoffwechsel- und Hämogoblinveränderungen bei längerem Gebrauche des Levico-Arsen-Eisenwassers 441.
Drysdale 173.
Dubar, Die Verwendung des Saftes der Brennnessel gegen Blutungen und Hautkrankheiten 145.
Dubois-Havenith, Ein durch Arnikatinktur bedingtes artificielles Erythem 149.
— Bromexanthem 281.
— Wann soll man die specifische Behandlung beginnen? 291.
— 472.
Dubreuilh, W., Alopecie mit nachfolgender Vitiligo 473.
— Angiokeratom 473.
— 154. 155. 393.
Duclaux, 534. 536.
Ducrey, A., 321. 322. 546.
— und Stanziale, R., Klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium einiger Affektionen der behaarten Körpergegenden (Gesicht und Kopf) mit Ausgang in Atrophie 337.
*Düring, E. von, Lepra und die Frage ihrer Kontagiosität nach Beobachtungen in Konstantinopel 255. 303.
*— Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris 447. 495.
— 307. 309.
Duhring, Louis A., Erfahrungen bezüglich der Behandlung des chronischem Herpes tonsurans in einer Schule 332.
— Erfahrungen bei der Behandlung von chronischem Herpes tonsurans in einem Knabeninstitute 542.
— Ein Fall von traumatischer Dermatitis vesiculosa des Vorderarmes 587.
— Die Behandlung der Dermatitis herpetiformis 589.
— Notizen über einen Besuch im Lepra-Hospital zu San Remo 592.
— Fall von Lepra maculosa et tuberosa 592.
— 590.
Durante, D., Betrachtungen über die Diagnose der hereditären Syphilis 46.
Duvellié, Nächtliche Harninkontinenz, geheilt nach der Behandlung des Dr. Swan 489.

Eber, A., Versuche mit Tuberculinum Kochii bei Rindern zu diagnostischen Zwecken 179.
Ebert 220.

Ebertz, Erektion und Samenergufs bei Erhängten 346.
Ebstein und Nicolaier, Harnkonkremente 134.
Eddowes 332.
Ehlers, E., Klinische Untersuchungen über die Prurigo Hebra 152.
— 15. 175. 251.
Ehrenberg 4.
Ehrlich 102. 188. 340. 358.
Ehrmann, Ein Fall von Arzneiexanthem 239.
— Über Sycosis 389.
— 338.
Eichhoff, P. J., Über pulverförmige medicinische Seifen und einige neue medicinische Stückseifen 36. 181.
— Über meine weiteren therapeutischen Erfahrungen mit Europhen 273.
*— Bericht über das zweite Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld 551.
Eichler, A., Vorschläge zur Behandlung der Syphilis im Anfangsstadium 189.
— Europhen und Aristol 273.
Eisenlohr, Morvansche Krankheit 475.
Elenz 378.
Elliot, George T., Über einige nach der Anwendung von Pariser Pflaster auftretende Hauterscheinungen 233.
— Ungewöhnliche Fälle aus der Dermatologie 605.
Elsasser 378.
Elsenberg, Anton, Syphilis und Tuberkulose 292.
— 47. 334. E.-H., 121.
Emerit, Bestäubungen, Bepinselungen und Bäder mit Sublimat bei der Behandlung der Variola 384.
*Engel, Franz, Bericht über eine Lepra-Enquête in Ägypten 559.
Engel-Reimers, Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis 44.
Eppinger 279.
Epstein, Tuberculosis verrucosa cutis 89.
— Lichen planus 89.
— 254.
Eraud u. Hugouneny, Bakteriologisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese der gonorrhoischen und einiger anderer infektiöser Orchitiden 581.
Erb, Bemerkungen über Plaquesnarben (Leukoplakie) der Mundhöhle und ihre Ursachen 390.
— 96. 239.
Erdl 302.
Erlenmeyer, A., Beiträge zur Lehre von der kongenitalen Syphilis 295.
— Über eine durch kongenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung 301.
Ernst 351.
Esbach 491.
Escherich 477. 478. 490.
Esmarch 325.
Eulenburg 238.
Ewald und Dronke, Untersuchungen über Stoffwechsel- und Hämogoblinveränderungen bei längerem Gebrauche des Levico-Arsen-Eisenwassers 441.

Fabre und Audry, Über einen Fall von allgemeinen Hautfibromen nervösen Ursprungs 395.
Fabry 378.
Fage, Über die Behandlung des Lichen mittelst des hydrotherapeutischen Verfahrens Jacquet 267.
Falcone, Amore und Maramaldi, Über die Intoxikation mit Zinkoxyd 441.
Falkson, G., Zur ambulanten Behandlung der Epididymitis gonorrhoica 604.
Fatichi, G, Zoster femoralis mit Drüsenschwellung 151.
Fayrer 186. 269.
Fedorow, Behandlung des Lupus mit Chlorzink-Einspritzungen 99.
—, A., Die Prostitution in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung 478.
Fehleisen 388.
Fehling 244.
Feilchenfeld 532.
Fejer, David, Zur Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre 342.
Feld 346.
Feleki, H., Über die Infektionsdauer der Blennorrhoe 493.
Felix 173.
Féré, Ch., Asphyxia disseminata des ganzen Körpers bei einem Epileptiker 237.
Ferguson 480.
Ferrari, P., 185.
Ferré 252.
Feulard, H., Statistik der extragenitalen Schanker, die vom 1. Februar 1890 bis 1. November 1891 auf der Fournierschen Klinik zur Beobachtung kamen 291.
Fiessinger, Der epidemische Morbus Brightii und die Scarlatina in Oyonnax und Umgegend 385.
Filippow, N. N., Über die Behandlung der eiterigen Cystitis mit Jodoformemulsion 603.
Finch 270.
Finger, Ernst, Der akute Jodismus und seine Gefahr in der Syphilisbehandlung 102.
— Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme 236.
— Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexual. organe II. Teil 428.

Finger Ernst 292. 481.
Finkler 193.
Finlayson, James, Sarcine im Harn ohne nachteilige Folgen 246.
Finzi, J. W., Einige praktische Beobachtungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 201.
Firket 134.
Fischel, Friedrich, Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberkulose-Erregers 582.
Flach, Joseph, Über Sarkome der Augenlider 197.
Fleischmann 244. E.-H., 101.
Flemming 210. 211. 214. 215. 224. 225. 532.
Foà, P., Über die Krebsparasiten 196.
— 433.
Förster 377.
Fol 340.
Folly, Julius, Beobachtungen über Infektionen mit dem Favuspilze 434.
Forbes, W. S., Chirurgische Erkrankungen der Harnorgane. Blasenstein 248.
Forget 90. 176.
Forſsberg, Akutes circumskriptes Hautödem 236.
Fort, J. A., Lineare Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen 171.
— Urethralstrikturen 602.
—, Le, Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Dilatation 171.
Fortner 336.
Fourcault, E.-H., 137.
Fournier, A., Über die Anwendung der Quecksilbereinreibungen bei der Behandlung der Syphilis 189.
— Die Ulcerationen der Zunge 231.
— Herpes vaccinitormis 283.
— Syphilis und gerichtliche Medicin 289.
— 42. 122. 127. 290. 291. 292. 472. 596. 597.
—, Henri, Beitrag zum Studium der Hautausschläge nach dem Genuſs von Antipyrin 280.
— Lepra und Impfungen 38.
Fox, Colcott, 336.
—, G. H., 362.
—, T. A., Depilatorium 254.
—, Tilbury, 72. 154. 155. 268. 410. 449. 480. 529. E.-H., 28.
Francis 269.
Frank 20. 47. 341.
Franke 134. 243.
Fratnich, Ein Fall von Akromegalie 547.
Fresenius 362.
Freudenberg, A., Ödematöse Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des Antipyrins 443.
Freyer, M., Zur Frage der Identität von Varicellen und Pocken 153.
Friedländer, Spritze zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe 265.
— 334.
Frisch, A. v., Über Erysipel der Harnblase 247.
Froehlich, Conrad, Syphilis des Auges 44.
Fröhlich, Joseph, Über Salophen und dessen therapeutische Verwendung 145.
Frömel, Pflanzlich-parasitäre Hautaffektionen in Chile (Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria, Kerion Celsi) 387.
Fromaget und Sabrazès, Hodenkrebs bei einem Kinde 248.
Fuchs, Pemphigus der Bindehaut 283.
Fürbringer 326.
Funk, Referate, 193. 342. 541. 545.
— 19. 22.

Gad und Goldscheider, Über die Summation von Hautreizen 541.
Gärtner 43.
Gaillard, Arthritis suppurativa des Knies im Verlaufe einer Gesichtsrose 194.
Gairdner 39.
Galen 191. E.-H., 9.
Galezowski, Über syphilitische Augenerkrankungen 189.
Gamberini, E.-H., 97.
— und Monari, Natrium aethylicum siccum 471.
Gamel, Weiche Schanker 491.
Garrè 439.
Garrigues, H. J., Stomatitis infolge von Reizung der Epithelperlen im Munde neugeborener Kinder 254.
Gauchet und Hillairet, Gegen Prurigo 283.
Gaule, J., Spinalganglien des Kaninchens 97.
Gauly, E.-H., 31.
Geber 288.
Gehuchten, A. von, Über die freien Nervenendigungen in der Epidermis 227.
Geiſsler, F., Über die Wirkung des Kochschen Tuberkulins auf gesunde Tiere (Kaninchen) 179.
Gémy, E.-H., 97.
Gendre, Le, Angioneurotische Ödeme bei einem neuropathischen Nierenkranken 442.
—, E. H., 128.
Genser, Über die verbesserten Lebertbranpräparate 586.
Gerber, Zur Frage der Excision der Initialsklerose 100.
— Syphilis des Nasenrachenraumes 319.
Gerhardt, Über Erythromelalgie 147. 154.
— 239. 533.
Gerlach 38.

Geyl, Arie, Zur Therapie der Ureterfisteln 52.
Gibbes 399.
Gibert, E.-H., 46. 50.
Gibs, J. E., Europhen bei suppurativer Otitis und syphilitischen Ulcerationen 441.
Giesow, Ira van, E.-H., 15.
Gigot-Suard, E.-H., 144. 145.
Gill, Mac, 170.
Gillet 32.
Gintrac 90.
*Giovannini, S., Über die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältnis zu den Veränderungen der Alopecia areata 157.
— Über ein Zwillingshaar mit einer einfachen inneren Wurzelscheide 378.
Girode, E.-H., 97. 98.
Gläser, Über Dermatol 273.
—, E., Über die Ungiftigkeit des Dermatols 35.
—, J. A., Mitteilungen über Erysipelas von der I. medicinischen Abteilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses nebst einigen kritisch-therapeutischen Bemerkungen 335.
Glaser, Dermatol und Jodoform 273.
Glafs, Zur Ätiologie und Therapie der Bluterkrankheit und verwandter Zustände 235.
Goldenberg, Polypen der männlichen Harnröhre 51.
Goldflam, G., Klinischer Beitrag zur Ätiologie der Tabes dorsalis 301.
Goldscheider 94. 95. 96. 97.
— und Gad, Über die Summation von Hautreizen 541.
Goldzieher, Ulcerationen des Unterschenkels 264.
— Lupus vulgaris disseminatus an Wange, Hals und Vorderarm 265.
Golgi 227.
Goll 599.
Gordinier, H. C., Zwei Fälle von Myxödem 203.
Gorter, Ätiologie und Kontagiosität der Lepra Arabum 268.
Gottheil, W. S., „Barber's itch" 194.
— Europhen 467.
Gourier 55.
Gradenigo und Maggiora, Bakteriologische Beobachtungen über Furunkel des äufseren Gehörganges 194.
Gram 358. 359. 380. 385. 591.
Grancher, Hauttuberkulose. Heilung. In der Folge Eingeweide-Tuberkulose. Erkrankung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen. Nephritis 186.
Grassel 239.
Grawitz 143. 144. 375.
Greene, G. J., Tinctura Lycopodii clavati 472.
Greene, G. J. 561.
Greenleaf, C. R., Bestimmung der Identität der Persönlichkeit durch Narben und andere Abzeichen am Körper 549.
Greufsing, A., Zur Kasuistik der Harnröhrenverletzungen, Kontusionsverletzung der Harnröhre; gefahrdrohende Blutung, Urethrotomia externa in der vierten Woche nach der Verletzung. Heilung 52.
Gritti, Über die Resultate des perinealen Harnblasenschnittes mit den Grittischen Instrumenten 172.
Grofsmann, Leopold, Die syphilitischen Erkrankungen des Auges 45.
Grübler 402.
Guarch, Naevus pigmentosus piliferus 171.
Guermonprez und Derville, Leon, Das Papillom der Petroleum-Raffineure 195.
— Kleinzelliges Sarkom am rechten Vorderarm 196.
Guida, Tommaso, Versuche mit Tuberkulin bei Krankheiten der Rinder 179.
Guild, R. K., 186.
Guinard und Cadéac, Zur Wirkung des Lysols 178.
Gullard 114.
Gumprecht, Zur Kenntnis der Arseniklähmung 585.
Guntelings 175.
Gurowitsch, Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta 349.
—, S., Ein Fall von Lepra 592.
Gussenbauer 56.
Guttmann 36. 145.
Guyon, M. F., Vollständig undurchgängige Striktur der Harnröhre. Urethrotomia externa 345.
— Tumor der Blase. Tod durch Hämorrhagie 345.
— Solide perivesikale Tumoren 600.
— Resektion des perinealen Teiles der Urethra. Unmittelbare und totale Heilung 601.
— 204. 249. 265. 320. 321. 476. 477. 489. 583. 603.
Gyot 335.

Haab 603.
Haccius, Ch., Variola-Vaccine 153.
Hadden, Über die Beziehungen der Syphilis zu nervösen Krankheiten der Kinder 301.
D'Haenens, Cruralvaricen 202.
— Harnstein in der Pars prostatica urethrae 244.
— Cladothrix dichotoma im Urin 245.

D'Haenens, Über die Behandlung der Cystitis mit Sublimatinstillationen 249.
Haffter, Nützlicher Kniff beim Bougieren der strikturierten männlichen Harnröhre 603.
Haegler, A., Beiträge zur Syphilistherapie mit Oleum cinereum 300.
Hahn, F., Referate 34. 43. 44. 49. 51. 53. 55. 56. 93. 108. 174. 178. 186. 190. 199. 205. 227. 228. 230. 233. 236. 251. 252. 271. 273. 274. 288. 300. 339. 390. 398. 494. 548. 585. 600. 601. 606.
— 288.
Hahn, Ludwig, Über Möllersche Glossitis superficialis 192.
Haig 246.
Haight 418.
Hajek, Die Tuberkulose des Zahnfleisches 287.
— Laryngo rhinologische Mitteilungen 288.
Hale, Zur Behandlung des Erysipelas durch Pilokarpin 543.
Haller, Purpura haemorrhagica mit Chorea-Nephritis 531.
Halliburton 413.
Hallopeau, Mycosis fungoides 32.
— Über eine Varietät von Angioneurose, welche Plaques erzeugt, die durch Alopecie, Ischämie, Anästhesie, Achromatose und Pigmentflecke charakterisiert sind 148.
— Beitrag zum Studium der Dermatitis exfoliativa, insbesondere des Pemphigus foliaceus 268.
— Über einen Fall von Morphoea plana alba 268.
— Eccema seborrhoicum 319.
— Allgemeine ödematöse Schwellung der äußeren Haut 370.
— 12. 73. 269. 333. 454. 472. 587. E.-H., 58. 75.
— und Phulpin, Mycosis fungoides 32.
— und Jeanselme, Mycosis fungoides 33. 472.
— Lipome 370.
— und Brodier, Über einen Fall von Dermatitis scarlatiniformis 580.
— 87.
Halpern, Zur Kasuistik der Gangrän infolge von Eccema intertrigo 150.
Hamecher, Oxychinaseptol oder Diaphtherin 274.
Hammer 230.
Hammerschlag 228.
Hamilton, Allan, Ein Beitrag zur Pathologie der Hämophilie 235.
—, J. B., Hodentuberkulose. Tuberkulose der Halslymphdrüsen. Ulcus rodens. Scirrhus der Mamma. Akute Vereiterung von Gelenken. Fibroma mammae 549.
Hanč, Alphons, Männliche Sterilität infolge von Syphilis 292.
Hankin, E. H., Die antibakterielle Wirkung der Alexine 144.
Hansemann, Demonstration der Organe eines im Alter von 3½ Monaten unter den Erscheinungen eines schweren Icterus gestorbenen Kindes 296.
Hansen 34. 173. 559. 574.
Hansson, Anders, Ein Fall von Noma bei einem 55jährigen Manne 336.
Hardy, 12. 93. 185. 238. E.-H., 20.
Haren-Noman, van, Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau 177.
— 268.
Harrison, 207. 329.
Hartge, Narbenbildung bei Pocken 153.
Haslea, Ein Fall von hereditärer Syphilis 190.
*Haslund, A., Über die Entstehung der tertiären Syphilis 115.
— 15. 175. 292. 472.
Hasterlik, P. u. Biedl, A., Vorläufige Mitteilung über die Innervation der Hautgefäße 540.
Hauser 93.
Havas, H., Quecksilbervergiftung durch Kalomel und Sublimat 280.
— Zu welcher Zeit der syphilitischen Erkrankung soll deren allgemeine Behandlung beginnen? 291.
— 334.
— Extragenitale Infektion 537.
— Sarcoma idiopathicum multiplex cutis 537.
Heaney, J. H., Syphilis und Scharlach 189.
Hearn 203.
Heberden, E.-H., 154.
Hebra, F., 11. 12. 13. 14. 15. 16. 152. 168. 176. 278. 377. 389. 415. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 456. 457. 497. 498. 518. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 590. E.-H., 9. 27. 44. 45. 49. 53. 54. 58. 83. 95. 106. 107. 147.
—, Hans von 252. 449. 450. 529. E.-H., 5. 82. 99.
Heidenhain, L., Über die Behandlung der senilen Gangrän der unteren Extremität, insbesondere bei Diabetikern 396.
Heins, F., Zur Behandlung der erektilen Tumoren mittelst Elektrolyse 393.
Heinz, R., Alumnol 178.
— Das Anwendungsgebiet des Dermatols 233.
— 274.
— und Liebrecht, A., Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum 145.
Heisler 320.
Heitzmann, J., Die Schleimhautfissuren der Blase beim Weibe 602.
—, Louis, Die Vereiterung der Lederhaut 327.
— Über Narbenbildung der Lederhaut 375

Heitzmann, Carl 375.
Helbig 280.
Helfreich, Melanosarkom des Augenlides 197.
Helferich 545.
Hellat 422.
Heller, A., Ein Vorschlag zur Gesundheitspflege der Soldaten 143.
—, Julius, Die Syphilisforschung im Jahre 1891 41.
— Über Photographie im direkten Sonnenlicht 371.
— 88. 177.
Hellot, P., Lepra in den russischen Ostseeprovinzen 98.
Henke 90.
Hensch 239. 296.
Hertz, E., 472.
Hervouet, Parasitäre Hautkrankheiten 385.
Herxheimer, Carl, Über die Behandlung der akuten Ekzeme 103.
— 352. 354.
Heryng 334.
Herzen 94. 95.
Heubner, O., Über die skorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge (Barlowsche Krankheit) 240.
— 170.
Heukelom, Siegenbeck van, Intracellulare Gebilde bei Carcinom 133.
— 218.
Heufs, Referate, 97. 228. 230. 338. 540. 542. 584.
Hewelke und Ciaglinski, Eine Mucorgattung bei schwarzer Zunge 193.
Heymann, Idiopathisches Keloid 264.
Hicguet, Über Läsionen des Rachens bei Syphilis hereditaria tarda 296.
Hildebrand, Beitrag zur Jodkaliumtherapie der Psoriasis 175.
Hill 596.
Hillairet 592.
— und Gauchet, Gegen Prurigo 283.
Hiller, Einige Erfahrungen über Solveol als Antiseptikum 230.
—, E.-H. 28.
Hillis 39. 560.
Hirsch 173. 174. 262.
Hirschberg, J., Über Wimperbildung 56.
Hirschel, B. und Rosin, H., Zur Lehre von den metastischen Wirkungen des Typhusbacillus 336.
His, Wilh., Über Herzkrankheiten bei Gonorrhoe 251.
Hitschmann, R., Über die Wirkung des Salophen und die krystallinische Ausscheidung desselben und verwandter Arzneikörper auf der Haut 277.
Hochenegg 208. 238.
Hoffa, Albert, Zur pathologischen Anatomie des Skleroderma 200. 397.
Hoffmann, Eg., Anlegung einer permanenten Blasenfistel über der Symphyse bei inoperablem Prostatatumor 489.
—, L., Referate 35. 37. 46. 53. 54. 86. 101. 108. 146. 147. 150. 183. 201. 233. 241. 242. 249. 251. 264. 273. 275. 276. 287. 341. 344. 348. 366. 488. 530. 587. 595. 600. 605.
Hofmann, K. B., Über das Urometer von Zoth 491.
Hollevoet, M., Ein Fall von Magengeschwür und Purpura haemorrhagica 146.
Homén, E., A., Eine eigentümliche, bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefäfsveränderungen 598.
Honigmann, Über die Verwertung der Hauttemperaturdifferenzen zu topographisch-diagnostischen Zwecken 228.
Hoorn, van 19. 21.,
Hoppe, H., Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke 599.
Hoppe-Seyler, G., Über eine Reaktion zum Nachweis von Zucker im Urin, auf Indigobildung beruhend 344.
— 90.
Horbaczewzki 442.
Horowitz, O., Über die Excision des harten Schankers 43.
Horsley 412. 413.
Horteloup, Vorträge über Urethritis chronica 329.
Horwitz, Gabriel, Ein Beitrag zur Gonokokkenmetastase 603.
Howitz 408. 410.
Hudelo und Tourette, G. de la, Syphilis maligna praecox des Nervensystems 300.
Hugouneny und Eraud, Bakteriologisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese der gonorrhoischen und einiger anderer infektiöser Orchitiden 581.
Huizinga 173.
Hume 480.
Hunter, W. L., Die Sterblichkeit an Variola in der Ortschaft Pudsey vor hundert Jahren 153.
— 41. 100.
Husemann, Th., Erwiesenes und Hypothetisches vom Arsen 585.
Hutchinson, J. sen., 173. 185. 230. 472. 570. 591. 597. E.-H., 28. 34. 66.
Hutten, Ullrich, von 289.

Jackson, G. T., The Ready-Reference Handbook of Diseases of the Skin 141.
— 301.
Jacobi 12. 454. E.-H., 58.

Jacobs, Über die energische chirurgische Intervention bei den ulcerierten Gummiknoten 190.
Jacques und Barthélemy, Acne sebacea 193.
Jacquet, Natur und Behandlung des Lichen Wilsons. Beitrag zum Studium der Hautneurosen 546.
— 12. 105. 267. 390. 453. 546. E.-H., 15. 84. 85. 86. 107.
Jadassohn, 188. 378. 530. E.-H., 161.
Jäckh, A., Ein Fall von Weichteil-Sarkom der oberen Extremität 199.
Jahn, E.-H., 102. 105.
James, J. Brindley, Zur Behandlung der Hämorrhoiden 343.
James, W. D., Ungünstige Wirkung von Gallacetophenon 181.
Jamieson 590.
Jamin, Zur Pathogenie der nicht entzündlichen Hämospermie 601.
Janet, Abortivbehandlung des Trippers 250.
— 603.
Janowitsch-Tschainski, S. S., Der Beschneidungsritus bei den Mohammedanern und seine Antisepsis 492.
Jarisch, Über die Behandlung des Lupus vulgaris 41.
Jeanselme und Hallopeau, Mycosis fungoides 33. 472.
Jelenew 294.
Jentzsch, Ein Fall von symmetrischem Auftreten von Bindegewebsgeschwülsten 547.
Jessner, S., Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 201.
— Hautveränderungen unter Lichtwirkung 230.
— Hygiene der Hände 271.
— Favusstudien I. Teil 340.
— Hautanomalien bei inneren Krankheiten 539.
—, Referate, 34. 35. 36. 38. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 50. 52. 55. 56. 89. 94. 97. 98. 102. 103. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 178. 179. 180. 181. 184. 186. 187. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 204. 206. 207. 226. 227. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 242. 243. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 253. 254. 271. 273. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 301. 302. 318. 319. 331. 332. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 425. 426. 427. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 445. 446. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 537. 538. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 549. 550. 583. 585. 586. 587. 588. 589. 591. 592. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606.
— 97.
Jhle, Max, 361.
Jllingworth, Zur Natur und Behandlung der Tinea decalvans 201.
Jnfante, A., Ein neues Mittel gegen Gonorrhoe 604.
Joas 188.
Johnson, A. B., und Nicholas, G. L., Fall von Anthrax. Excision des inficierten Gewebes. Heilung 335.
Jolly, Über Blei- und Arseniklähmung 586.
— 50.
Jonas 228.
Jornet, J., Diagnose und Therapie der Blennorrhoe der Harnröhre 493.
Joseph, M., Lehrbuch der Hautkrankheiten 177.
— 87. 377.
Jsaac, Lichen ruber syphiliticus 367.
— 265.
Jsrael 485. 543.
Jterson, Behandlung der Actinomykose durch Jodkalium 543.
Jszlai 543.
Juliano 592.
Jullien, Gonorrhoe und Mikrobien. Behandlung des Tripper-Rheumatismus mit Sublimat-Einspritzungen 250.
— Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum succinimidatum 299.
— Über Lungensyphilis 580.
Jung 113.
Justus, Jacques, Über die durch Syphilis verursachten Nierenveränderungen 294.
Jwanicki, Ulcera cruris. Thrombose der linken Cruralvene. Embolie der Pulmonalarterie. Tod 342.

Kämpfer, Gustav, Ein seltener Fall von Jodexanthem 151.
Kahane, Max, Über das Vorkommen von Eiweifs im Harn bei tuberkulösen Erkrankungen 40.
Kaler 398.
Kaltenbach 252.
Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 34.
— Ein Fall von Carcinomatosis cutis multiplex 196.
— Über Vaccine-Syphilis 294.
— Krankendemonstrationen 319.
— Über Herpes tonsurans maculosus 386.
— Fall von Epithelioma serpiginosum cutis 426.
— Sarcomatosis cutis 426.

Kaposi, M. 13. 16. 43. 104. 152. 158. 172. 173. 176. 177. 228. 284. 291. 415. 427. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 458. 497. 498. 518. 524. 525. 528. 537. 596. E.-H., 57. 58. 66. 67. 68. 70. 73. 92. 101. 106. 108. 109.
— und Thiry, Die Prostitutionsfrage 172.
Karewsky 88.
Karg, C., Über das Carcinom 339.
— 209. 221. 222.
Kartulis, Über pathogene Protozoen beim Menschen. 1. Gregarinose der Leber und der Bauchmuskeln; 2. Amöben bei Knochennekrose (Osteomyelitis) des Unterkiefers 234.
Kassowitz 296.
Kast, Paroxysmale Hämoglobinurie 490.
Kaurin 560.
Keefe, D. E., Bestimmung des Geschlechts bei der Zeugung 55.
Keibel, Zur Entwickelungsgeschichte der Harnblase 133.
Kelly, Howard A., Handdesinfektion 254.
Kennedy, J., Urethrotomia externa 244.
Kenyeres, Ein von einem Fremdkörper ausgehender Harnstein 491.
Kiener, Bedeutung gewisser pathologischer epidermoidaler Bildungen, welche mit Psorospermien verwechselt werden könnten 133.
— 213.
Kijanizyn, F. F., Zur Frage von der Todesursache bei ausgedehnten Hautverbrennungen 282.
Kirstein, Über die Maßnamen zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum 251.
Kistermann, Über den positiven Wert der Nylanderschen Zuckerprobe, nebst Bemerkungen über das Phenylhydrazin 160.
Klebs 100. 134. 211. 215. 325.
Klein 378.
Kleinwächter, Ludwig, Der Prolaps der weiblichen Urethra 346.
Kluge, R., Über die chemotaktischen Wirkungen des Tuberkulins und über die Reinzucht beweglicher Bakterien auf chemotaktischem Wege 40.
Knorr 144.
Knorre, W. v., Ein Fall von trophoneurotischer Lepra im Marinehospital in Nikolajew 592.
Koch, R., 38. 139. 179. 186. 260. 278. 287. 388. 444. 558. 582. 593.
Kodis 188.
Koebner, H., 42. 91. 168. 266. 291. 316. 317. 367. 560. 589. E.-H., 153. 154.
Koellicker 378. 413.
Koester, H., Noma bei einem 44jährigen Weibe 336.
Kolizew, Zur Frage von der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung 491.
Kollmann, Arthur, Blutseruminjektionen gegen Syphilis 45.
— Elektroendoskopie der Harnröhre und die Prophylaxe der Striktur 171.
— 594.
Kopff, Leon, Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut 226.
Kopp, C., Über die Verwendung des Europhen (Isobutylorthokresoljodid) in der venereologischen Praxis 586.
Korn 604.
Kornfeld, Ferdinand, Über symmetrische Gangrän 237.
Kowalewsky, P., Zur Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems 435.
Král 20. 47. 66. 67. 341.
Kraske 207. 288. 335. 485.
Kräpelin, Über Myxödem 48.
Krakewer 207.
Kramsztyk, Über eine Epidemie von unmittelbar nacheinander folgenden Röteln und Masern. Einiges über Röteln und scharlachähnliche Hautausschläge 384.
Kratter, Verwertbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medicin 174.
Krauſs, William C., Gegen Incontinentia urinae 207.
Krefting, R., Über das für Ulcus molle specifische Mikrobion 321.
— Über das Mikrobion des weichen Schankers 546.
Krenn, C., Zur Kasuistik der Hämangiome 198.
Kromayer, E.-H., 11. 17. 19. 38. 107.
Krogius, Ali, Bakteriologische Untersuchungen über urinöse Infektion 490.
Kronfeld, Über Syphilisbehandlung mittelst des elektrischen Zweizellenbades 43.
Krówczynski, Z., Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis 431.
Kühne, 110. 359. 428.
Kühner, A., Zur Prophylaxe und Therapie der Hämorrhoiden 204.
Küster, Ureterfistel 600.
— 170. 485.
Kulneff, E.-H., 135.
Kumar, Ein Fall von Ruptura urethrae 246.
Kummer, Bemerkungen über einen Abscefs im Gefolge von Varicellen in einer knöchernen Narbe 384.
Kundrat 425. 427.
Kunekoff 349.
Kunkel, Die Quecksilberverdampfung aus Quecksilbersalben 36.
Kunze, Fritz, Ein Besuch im Leprahospital bei Drontheim 285.
Kusmin 170.

Kutner, Robert, Ein einfacher Apparat zum Sterilisieren von weichen Kathetern (und Bougies) 249.
— Ein Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben 343.
Kyber, E.-H., 104.

Lacroix und Audry, Epidermoide Tumoren der Hand und Finger 243.
—, Bemerkungen über einen Fall von Keratodermia symmetrica congenitalis, non hereditaria der Extremitäten 331.
— Plexiforme Neurome 394.
Lagrange 176.
Lahmann 235.
Lajard und Regnault, Über das Vorkommen einer Form abgeschwächter Lepra bei den pyrenäischen „Scheinheiligen" 286.
Lailler 337. 472. E.-H, 73.
Lanara, Chronisches Ekzem 103.
Lanceraux, M., Symptome, Verlauf und Therapie des Herpetismus 152.
— Die syphilitische, tuberkulöse und lepröse Nephritis 595.
Landerer, Acidum cinnamylicum 468.
Landskroon, S., Referat 271.
Lang, Eduard, Zur Therapie der Syphilis mit Merkurialien nebst Bemerkungen über Nephritis bei Luetikern 42.
— Ordinationsformeln aus der Syphilis-Abteilung 178.
— Neue Behelfe zur Diagnose und Therapie von Urethralerkrankungen 206.
— Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie 583.
— 93. 177. 298. 597. E.-H., 119. 121.
—, G., Syphilis und Eklampsie 300.
Lange, F., Ein Fall von multiplen Papillomen an Tonsille, Zunge und Epiglottis 547.
Langenbeck, B. v., Die Auflösung eines harnsauren Blasensteins durch Emser Wasser 344.
Langfeldt, Über Pemphigus neonatorum, Erblichkeit und Infektion 386.
Lannelongue 100. 392.
*Lanz, Alfred, Über einen seltenen Fall von Arzneiexanthem (Dermatitis medicamentosa diffusa, Erysipelas medicamentosum Behrend) 309.
— Dermatitis diffusa ex usu opii 168.
— Ein Beitrag zur Frage der Inkubationsdauer beim Tripper 481.
— Referat 167.
Larrey 569.
Lassar, Durch Lymphangitis fortgeleitete Dermatitis 265.
— Erythema exsudativum bullosum 530.
Lassar, Lupus erythematodes 530.
— 86. 88. 201. 264. 265. 266. 362. 368. 385. 387. 531.
Lauenstein, C., Zur Plastik der Hypospadie 248.
Lavergue, E.-H., 94.
Lebert, E.-H., 105.
Lecorché, E.-H., 137. 138.
Ledermann, Makroskopische und mikroskopische Präparate des Hodens 88.
— 87. 265. 368.
Legrain, Über einen Fall von zahlreichen kleinen Schankern mit Fieber 390.
— und Debraye, Diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der tuberkulösen Natur von Eiterungen 593.
Lejard, Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den Kretins 341.
Leichtenstern, Über Morbus Addisonii 394.
Leith, Martin, Balanitis bei einem dreijährigen Kinde 207.
Leloir, Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrophulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes 135.
— 117. 137. 185. 284. 287. 560. 562. 565. 566. 567. 570. E.-H., 90.
Lembert 206.
Lemoine, E.-H., 14. 31. 57. 58.
Leonard, Henry F., Ein Fall von spontaner Expulsion eines grofsen Steines aus der Scheide 246.
Lermoyes, Zur Pathogenese der Stomatitis mercurialis 350.
Leroux, Ch., Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, inokulable und mikrobiäre Affektion 331.
Lesser, E., Die Ätiologie der tertiären Syphilis 292.
—, L. von, Über Lymphangioma diffusum multiplex 547.
Letnik, Zur Frage der abortiven Behandlung der Bubonen 249.
Letzel 320.
Leuckart 4.
Leven, Symptomatisches Exanthem bei Icterus 588.
Levin, A., Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch 438.
Lewin, G., Fall von Psoriasis erosa 86.
— Fall von Psoriasis linguae syphilitica 86.
— Fall von Acne pigmentosa 87.
— Seltener Fall von Pityriasis punctata 87.
— Differentialdiagnose zwischen Cysticercus cellulosae und Gummata 241.
— Pustulöses Syphilid 295.
— Lichen syphiliticus 295.
— Pigmentbildung am Nacken 366.
— Infektion per os und per labia 366.
— Fall von syphilitischem Diabetes insipidus 366.

Lewin, G., Clavi syphilitici 370.
— Die Flügeldecken der Lytta vesicatoria 550.
— 88. 238. 265. 292. 298. 367. 394. E.-H. 153. 154.
Lewschin, Über die geographische Verteilung der Steinkrankheit in Rufsland 170.
Leyden 301. 600.
Lhomer, F., Statistische Untersuchungen, betreffend die Übertragung der Syphilis von der Mutter auf den Fötus 487.
Lichtheim 490.
Liebrecht, A., 274.
— und Heinz, R., Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum 145.
Liebreich, O., Ist Keratin, speciell das Mark von Hystrix, ein Glutinbildner 97.
— 327. 360. 361. 362. 363. 364.
Lima, A., Das Leprahospital in Rio de Janeiro 99.
Lindén, Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers 326.
*Lindner, G., Die künstliche Erzeugung von Hautkrankheiten am Tierkörper durch eine specifische Protozoenart 1.
Lingelsheim, von, Beiträge zur Streptokokkenfrage 142.
Link 52.
—, J., Ein Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der männlichen Harnblase 207.
Linstow, v., Über Filaria Bancrofti Cobbold 108.
Lipp, E., 187.
Lister 49. 232. 292. 389.
Litthauer 174.
Lobinger, A. S., Ausspülung der Blase der Frauen bei chronischer Cystitis 244.
Löffler 109. 112. 359. 428.
Loewengard, B., 233.
Lohaus, Intoxikation durch Perubalsam 180.
Lohnstein, Pessarium occlusivum in der Harnblase 51.
Lomonaw und Oddi, Das wirksame Prinzip der Nessel 35.
Loos 187.
Loofs, Schmarotzertum in der Tierwelt 585.
Loumeau, Verschiedene Nebenerscheinungen bei Prostataerkrankungen 204.
— Urethrotomia interna bei Harnröhrenstriktur 204.
— Behandlung der blennorrhagischen Cystitiden mittelst Sublimatinstillationen 249.
Lubliner, Leop., Ein Fall von Rhinosklerom der Nase. — Typhus exanthematicus. — Schwund der Rhinosklerominfiltrationen 334.
Lucien, B., Die Hysterie in ihren Beziehungen zur Syphilis 487.
Ludwig 326.
Lüscher, Sozal 471.
Lukasievicz 537.
Lusch, Gegen Eccema vulvae 331.
Lustgarten 358. 433. 593. E.-H., 49.
Lutz 284. 560.
Lydston, G. F., Die Entwickelungsgeschichte der lokalen venerischen Krankheiten 51.
Lyonnet, L., Über Kopfschmerzen im zweiten Stadium der Syphilis und ihre Behandlung 484.

Machnoff 439.
Machol, Erythromelalgie bei einem Paralytiker 239.
Mackenzie 410. 411. 587. 591. E.-H., 32.
—, St., Dermatitis herpetiformis 590.
Maes, Chr., Ulcerierte Lungengummata im vierten und fünften Monate nach der Infektion 297.
— Ein typisch-syphilitisches Exanthem 297.
— Beeinflussen sich Typhus abdominalis und Syphilis bei gleichzeitigem Auftreten? 486.
Maggiora und Gradenigo, Bakteriologische Beobachtungen über Furunkel des äufseren Gehörganges 194.
Mahmud, Hassan, Beobachtungen über die ägyptische Beule 135.
Malfatti, Hans, Über den Schleim des Harns 343.
Malherbe 392. 481.
Malpighi, 48. 133. E.-H., 159. 160.
Manassei, E.-H., 109.
Mangant, Menschliche Lymphe 143.
Mann, Fr., Ein Fall von Fremdkörper in der Blase 601.
Mannan, Jodpräparate 179.
Mansurow, Lichen ruber acuminatus 168.
— 169.
Maramaldi und Falcone, Amore, Über die Intoxikation mit Zinkoxyd 441.
Marchand, F., Zur Frage der Herkunft der Eiterkörperchen, Antwort auf einige Bemerkungen des Herrn P. Grawitz 144.
— 133.
—, L., Das Ekzem des Schnurrbarts 332.
Marçon 284.
Mari, Nikolaus, Über Lippenaktinomykose 543.
Marianelli, A., Das Achorion Schönleinii 200.
Marie, Pierre, 101.
— und Marinesco, Pathologische Anatomie der Akromegalie 172.
Marik, Über Arsenlähmungen 278.
Marinesco und Marie, Pathologische Anatomie der Akromegalie 172.

Mario, Oro, Über einen seltenen Fall von universeller Scabies (Scabies norvegica) 191.
— Über einige Veränderungen des Leprabacillus nach Behandlung mit Chaulmoogra-Öl 284.
— 93.
Marivint und Combemale, Über die Abscesse nach Pocken 384.
Martin 140.
—, C., 253.
—, E., Fall von multiplen Hautsarkomen 536.
Martineau 348.
Martinez, J. J., Symmetrische, thrombotische Gangrän der Füfse 342.
Massart 594.
Massow 169.
Materne, P., Die Behandlung des Lichen planus mittelst Hydrotherapie 390.
Mathieu, A., Pemphigus ulcerosus 389.
Matteucci, E.-H., 27.
Mauriac, Schankröser Bubo der Achselhöhle 391.
— Über das verschiedene Verhalten der Individuen gegenüber dem syphilitischen Gift 593.
— 120.
Medina, Puyo, Das phagadänische Ulcus durum 486.
Mégnin 534.
Meighan, T. J., Ein Fall von melanotischem Sarkom der Plica semilunaris conjunctivae 197.
Melle, G., Über die Acne keloidea (Bazin) 195.
Meltzer, S. J., Eine Atropin-Intoxikation nach epidermatischem Gebrauch einer Belladonnasalbe 279.
— Eine Haarnadel in der Harnröhre eines Mannes 205. 488.
Méneau, Beitrag zum Studium der Psoriasis ungualis 580.
Meneghelli, Tullio und Corazza, Lodovico, Behandlung des Lupus und der chirurgischen Formen der Tuberkulose mit Tuberkulin-Koch 186.
Menod, E.-H. 138.
Mercier 170. 172.
Merget 595.
Mesnil, Du, Über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut 227.
Meyer, Ludwig, 44. 45.
Meyer, Moritz, Über die katalytischen Wirkungen des galvanischen Stromes 234.
Mibelli, V., Über den Favus 47.
— Das Angiokeratom 154.
— 19. 22. 200. 392. 474. E.-H. 55. 56.
Michele, E.-H. 51.
Middleton, George, 246.
Migneco, Mario, Das essigsaure Thymol-Quecksilber (Hydrargyrum thymoloaceticum) 298.
Migneco, Mario 468.
Mikulicz 86. 536. 537.
Milroy, W. F., Eine noch nicht beschriebene Abart von hereditärem Ödem 149.
Miller, W. D., Die Mikroorganismen der Mundhöhle 141.
Minor, L., Ein statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage 301.
Mittenzweig 174.
Möller, Zur Kenntnis des Antipyrinexanthems 150.
— 192. 240.
Molèsnes 175.
Molinari, G., Acidum phenyloboricum 469.
Monari und Gamberini, Natrium aethylicum siccum 471.
Moncorvo, Heilung eines tuberkulösen Drüsenknotens durch die sklerogene Lannelonguesche Methode 100.
— Über das Erythema nodosum palustre 194.
— Pseudo-Paralysis syphilitica 300.
Monin, Behandlung des Herpes der Genitalien 151.
Monnet, Quecksilbersalbe 277.
Monzani, E.-H. 141.
Morat 540.
Morel-Lavallée, Über die verschiedenen Formen der Lymphangitis, insbesondere über die ampulläre Lymphangitis 153.
— Eine neue Behandlungsmethode der Alopecie 387.
— 473. 477.
Morgagni 534.
Morris 590.
Morrow, P. A., 185. 458. 587.
Morton, S. S. K., Die Behandlung von Beingeschwüren 49.
Morvan 33. 185. 237. 238. 239. 260. 308. 341. 397. 475. 484. 538.
Mosetig Moorhof, Die Tinktionsbehandlung inoperabler maligner Neoplasmen 548.
— Eine neue Behandlungsmethode mykotischer Erkrankungen 440.
Mosler, Einige Präparate für die Haut 278.
— 135.
Moty, Über den Verlauf, die Pathogenese und die Behandlung der Biskrabeule 535.
Mouflier, Blasenausschlag infolge von Quecksilbermifsbrauch 281.
Mourek, Heinrich, Klinische Beiträge zur Lehre von der Wirkung des Nukleins 442.
Mourron, E., Das Ichthyol in der Dermatologie 441.
Müller, C., Referate 48. 52. 93. 97. 152. 156. 178. 191. 192. 194. 195. 200. 202. 204. 245. 249. 251. 274. 281. 284. 285. 286. 287. 291. 292. 293. 296. 330. 337.

388. 445. 547. 584. 594. 595. 600. 602. 604. 605.
Müller, E., Die Prostitution 271.
—, Hugo, Über Arsenmelanose 377.
—, H. F., 187.
München 270. 559. 560. 562. 567.
Münzberger, Theodor, Ein neues Dosierungssystem stark wirkender Arzneimittel 280.
—, Die essigsaure Thonerde und deren Verordnung 35.
Murphy, G., Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum 49.
Murray, G. R., Behandlung von Myxödem mit Schilddrüsenextrakt 202.
— 49.
Mussy, J., Beitrag zum Studium der infektiösen Erytheme 236.
Myassnitzky 169

Näcke, P., Eigener schwerer Fall von Jodoformintoxikation 179.
Napier, A., Über einen Fall von Myxödem 203.
Naunyn 541.
Nauwerk 318.
Nayler, E.-H., 137.
Neebe, Chronische Gonorrhoe 475.
— Referat 476.
— 534.
*— und Unna, Die bisher bekannten neun Favusarten 17. 57.
Neelsen 591.
Neisser, A., Mycosis fungoides 536.
— 105. 106. 133. 172. 173. 250. 265. 321. 474. 537. 559. 591. 604.
Nelaton 52.
Nestle 170.
Neuberger 51.
Neuburger, E.-H., 76. 78. 79.
Neudörfer, Die Cachexia strumipriva, das Myxoedème opératoire und die operative Tetanie 398.
— Die lokale Anästhesie durch Kokain 550.
Neumann, J., Über Syphilis hereditaria tarda 596.
— 42. 128. 173. 187. 316. 341. 451. 452. 512. 522. 523. 529, E.-H., 16.
Neusser 187.
Newman, Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse 170.
Newton, R. C., Extraktion einer Flasche aus der Blase 345.
Nicaise, E., Verfahren bei der Anästhesie der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele durch Jodinjektionen 247.
Nicholas, G. L. und Johnson, A. B., Fall von Anthrax. — Excision des inficierten Gewebes. — Heilung 335.
Nicolaier und Ebstein, Harnkonkremente 134.
Nicolle 358. 359.
— und Quinquaud, Syphilisfälle 32.
*Nielsen, Ludwig, Ein Fall von Myxödem durch Fütterung mit Glandulae thyreoidae (von Kälbern) geheilt, nebst einer Hypothese über die physiologische Funktion dieser Drüse 403.
Nitze, Max, Demonstration eines sogenannten Pfeifensteines 491.
— Lehrbuch der Cystoskopie. Ihre Technik und ihre klinische Bedeutung 583.
Noack, G., 330.
Noble, C. P., Gewisse Erscheinungen in der Gonorrhoe beim Weibe 250.
Nöggerath 213. 221.
Noris 317.
Notnagel 96. 338.
Nové-Josseraud, G., Weiche Schanker an den Fingern 390.
— und Audry, Ch., Multiple Hauttumoren, Epitheliome und Hydradenome 392.
Nunn, Thomas, W., Über die Vererbung der Syphilis durch die Mutter 46.
Nylander 600. 601.

Oberländer 51. 171. 475. 476.
Oddi und Lomonaw, Das wirksame Prinzip der Nessel 35.
Oddo und Silbert, Ausscheidung von Blei und Eisen durch die Haut bei der akuten Bleivergiftung 279.
Ödmansson 348.
Oefele, V. 471.
Örtel 547.
Oestreich, Prostatavergrößerung 245.
Ohlshausen 251. 488.
Oker-Blom, Pyoctaninum caeruleum 471.
— Behandlung der Cystitis mittelst Injektion von Jodoform-Äther-Öl 489.
Oppenheim 343.
Oppenheimer 102.
Ord, Über Myxödem 135.
— 412. 413.
Ortmann 570.
Osierki, Behandlung der Fußgeschwüre 396.
Ostermayer, Nikolaus, Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Muskelentzündung (Myositis syphilitica) 320.
— 537.
Otis 475.

Page, A., Über einen seltenen Fall von Lichen planus 546.
Pagenstecher, E., Ein Fall von Morbus Addisonii 394.

Paget 105. 107. 209. 210. 211. 216. 221. 222. 223. 224. 225. 266. 267. 338. 471.
Palma, Ein Fall von Sarcomatosis 548.
Paltauf, A., Über das falsche Lymphextravasat 56.
— 544. 603.
Pantjuckow, J. J., Die Lepra im transkaukasischen Gebiete 98.
Parissot 226.
Partsch, Karl, Die Eingangspforte der Actinomyces 543.
Paschkis, H., Die Krankenheiler Seifen; ein Beitrag zur Kenntnis der medikamentösen Seifen 35.
— Zur Therapie des Haarausfalls 199.
— 364.
Pasternazki, S., Zur Frage von der tuberkulösen Infektion durch Beschneidung 491.
Pasteur 46. 263. 476.
Patschkowsky 362.
Patteson, Behandlung des chronischen Ekzems mit Kreolin 192. 331.
Paulson 422.
Pauly, R., Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 291.
Pawlowsky, A., Ätiologie und Pathologie des Rhinoskleroms 134.
— Zur Lehre von der Ätiologie der Leukämie 199.
Peiper, Erich, Vaccine-Blepharitis 192.
Pekelharing, Über Beri-Beri 173.
Pellizzari, C., Versuche zur Erzielung eines milderen Verlaufes der Syphilis 293.
— Über die Perioden eines verschärften Auftretens der Syphilis 293.
— 594.
Peričić, B., Zur Kenntnis des sogenannten Skerlievo in Dalmatien 289.
Pérignon, L., Vollkommene Vereiterung des Hodens infolge gonorrhoischer Hoden- und Nebenhodenentzündung 347.
Perli 362.
Peroni, G. und Bovero, R., Euphorin 275.
Perrin, L., Periphere Lähmung des Facialis infolge von Herpes zoster cervicooccipitalis 588.
— 198.
Perroud 443.
Perruchet, E. und Brault, A., Die Addisonsche Krankheit ohne sichtbare Veränderungen der Nebennierenkapsel. Verwachsung einer tuberkulösen Drüse mit dem rechten Semilunarganglion 594.
Peter, Über extragenitale Syphilisinfektion 88.
— Sklerose am Penis 266.
Petersen 174. 586. 592.
—, Walter, Ein Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris 174.
— Beiträge zur Kenntnis der Schweißdrüsen-Erkrankungen 479.
Pétres 33.
Petri 23.
Petrilli, T., Das Schwefelzinkhydrat in der Dermatologie 180.
Petrini, E.-H. 99.
Pevacca, Luigi 592.
Peyer, A., Über eingebildete Strikturen 602.
Pfeifer, Über einen Fall von herdweiser Atrophie des subkutanen Fettgewebes 398.
Pfeiffer, L., Impfkrankheiten und Asepsis der Impfung 349.
— 2. 234. 541.
Pfitzner 217. 218. 219. 224. 225. 227.
Pfuhl, Ein Fall von Allgemeininfektion mit Streptokokken infolge von Hauterysipel 388.
Philippe, R., Über Eingangspforten für Infektionskrankheiten, besonders der Haut beim Kinde 228.
Philippi, Referate 36. 40. 41. 49. 50. 51. 55. 86. 100. 103. 115. 132. 142. 145. 147. 148. 149. 151. 153. 177. 180. 181. 184. 186. 189. 192. 193. 195. 198. 199. 202. 203. 204. 208. 241. 244. 245. 246. 248. 250. 253. 254. 273. 274. 338. 342. 347. 390. 420. 549. 606.
Phillips, Leslie, Lysol gegen Lupus 186.
— 185.
Philippson, A. 474.
— Blasenausspülung mit Jodoformemulsion bei eitriger Cystitis 344.
—, L., Zwei Fälle von Mycosis fungoides 107.
— Referate 141. 243. 332. 392. 393. 395.
— E.-H., 44. 63. 64. 69. 70. 71. 72. 74. 118.
Phulpin und Hallopeau, Mycosis fungoides 32.
Picard, H., Über den Giftigkeitsgrad des Quecksilberoxycyanürs 180.
Pick, Richard, Untersuchungen über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen bei Variola und ihren Komplikationen 153. 373.
— E.-H. 60.
Pielecke und Canon, Über einen Bacillus im Blute von Masernkranken 385.
Piffard 449.
Pippingsköld 172.
Pizzini, Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberkulöser 286.
Plaut 19. 20.
Plichon, A. F., Ist die Tabes dorsalis eine syphilitische Erkrankung? 487.
Plucker, Fall von verallgemeinertem Molluscum fibrosum 393.

Podwyssozky 220. 338. 391.
Pöhl, Alexander, Der Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen des tierischen Organismus und die chemische Zusammensetzung des Brown-Séquard-schen Heilmittels 600.
Poirier, Anatomie des Nebenhodens. Das „Vas du rete". Spermacysten 132.
Polaillon, Ein enormes Fibromyom des Labium majus 196.
*Pollitzer, S., Frieselausschlag. Lichen tropicus. Miliaria papulosa. Miliaria rubra etc. 415.
— 96, E.-H., 14.
Polotebnoff, E.-H., 17. 32. 33. 34. 122.
Ponfick 543.
Popoff, N., Progressive Gesichtsatrophie 395.
Posner, Über kongenitale Penisfisteln 533.
Pospelow, Asphyxia localis extremitatum Raynaud 167.
— 168. 317.
Pott, Über kongenitale Tumoren 548.
Poupinel 38.
Pousson, A., Statistik und Bericht über den Ergänzungskurs an der Klinik für Krankheiten der Harnwege 583.
Prauxois, V., Ein Fall von spontaner, trockener Gangrän bei einem 33jährigen Manne 397.
Prawdoluslow, W. W., Zur Frage über die Trendelenburgsche Behandlung der Varikositäten der unteren Extremitäten 342.
Prendergast, J., Über syphilitische Nephritis 486.
Priklonski, Syphilitische Erkrankung der Gelenke 168.
Pringle, R., Lepra und Impfen 40.
— 155. 392. 590.
Prost, J., Über die Kontraktur des M. Biceps infolge von Syphilis 486.
Prudden, S. M., Die toxischen Produkte des Tuberkelbacillus 41.
Pruner 565. 567. 568. 569.
Puritt, C., Über Sarkom mit sogenanntem chronischen Rückfallfieber 198.
Puy-Le-Blanc, Vesikulöser Ausschlag an beiden Händen infolge des Gebrauchs hundslederner Handschuhe 588.
Pye-Smith, P. H., Fall von multiplen Cysticerci der subkutanen Gewebe 241.
— E.-H., 99.

Quattrociocchi, Radikalkur der einfachen Hydrocele nach einem neuen Verfahren 247.
Quénu, Über die Radikalbehandlung der Varicen bei Ulcus cruris 343.
Quincke 19. 47. 340. 534.
Quinquaud, Lupus sclerosus serpiginosus 32.
— Urticaria mit heftigem Jucken 149.
— Bacillus des weichen Schankers 319.
— Sycosis 544.
— 42. 145. 156. 337, E.-H., 109. 144. 145.
— und Nicolle, Syphilisfälle 32.

Rachford, B. K., Purpura haemorrhagica 148.
Radcliffe, S. J., Ichthyol gegen Gesichtserysipel 193.
Rake, Beaven, Zur Bestimmung des Procentgehalts von Fibrin im Blute Leprakranker 591.
— Fernere Bemerkung über Lepra und Vaccination 40.
— Ätiologie des Aussatzes 173.
— Einige Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Lepra 184.
— Einige Punkte in der Anatomie der Lepra 285.
— und Buckmaster, G. A. Eine Untersuchung über die Frage von der Übertragbarkeit der Lepra vermittelst der Vaccination 38.
Rakmanjnoff, Beitrag zur peripheren Neuritis. — Ein Fall symmetrischer Gangrän und zwei Fälle alkoholischer Lähmung 442.
Ranson, W. B., 203.
Raoult, Beobachtung von Angina und Stomatitis, durch Streptokokken bedingte Purpura, Arthropathie, leichte Endocarditis 545.
Rapok, Otto, Beitrag zur Statistik der Geschwülste 198.
Rasch, C., Beitrag zum Studium der Hauterkrankungen nach Arsen-Gebrauch 587.
Rasmussen 177.
Rasori, E.-H., 109.
Rast, Stark erweiterte, subkutane Venen der vorderen Brust- und Bauchwand und Ödem der oberen Extremitäten 537.
Ravenel, M. P., Trichorrhexis nodosa 192.
*Ravogli, A., Syphilitische Plaques 78.
— Der Einfluss des Nervensystems bei gewissen Erkrankungen der Haut 203.
Rawikowitsch, M. J., Über die manuelle Behandlung nächtlichen Bettpissens (Enuresis nocturna) 249.
Rayer 14.
Raymond 333.
Raymond, M., Über die Pigmentation bei Morbus Addisonii 338.
Raynaud, Paul, Über die Erytheme infolge von Einwirkung natürlichen und künstlichen Lichts 443.
— 167. 168. 237. 238. 239. 342. 438. 538.

Reboul, J., Gestieltes Lipom am Gesäfs 198.
Redard 393.
Reeker 302.
Reger, Die Übertragung der Masern 385.
Regnault und Lajard, Über das Vorkommen einer Form abgeschwächter Lepra bei den pyrenäischen „Scheinheiligen“ 286.
Rehn, Über Skorbut 170.
Reichel 600.
Reignier, Adenitis infectiosa 388.
Reilly 587.
Reinl, C., 442.
Reifs, W., Beitrag zur Pathogenese der Verbrennung 433.
Remak 480.
Remzier 239.
Renault, Ulcus durum der rechten Halsseite 32.
— Behandlung der Gesichts-Akne 388.
Renaut, E.-H., 28.
Rendu, Infektiöse Pneumonie infolge eines gutartigen Erysipels 545.
— E.-H. 22. 29. 36.
Renoul, J., Über die Umwandlung von Muttermälern in Krebse 392.
Renoy, Juhel 333.
Renzi 350.
Respaut und Christmas, Wirksame Gemische antiseptischer Stoffe 280.
Reufs 229.
Reymond, Infektion der Harnblase quer durch die Wand 245.
— Alopecia 319.
Ribbert 213. 214. 221.
Richaud 529, E.-H., 15.
Richter, Ichthyosis vulgaris 531.
— Über Meningitis spinalis syphilitica bei einem Paralytiker 599.
Richtmann, Über Europhen und Aristol 273.
Ricord 78. 85. 116. 117. 118. 330.
Riedel 335.
Rieder, R., Zur Kasuistik der Harnblasenzerreifsungen 602.
Riegner 35. 485.
Riekma, Gegen syphilitische Alopecie und die Syphilide der Kopfhaut 102.
Riehl, Ein Angiom der Zunge 425.
— Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée 544.
— 14. 338. E.-H., 108.
Rigler 303.
Rikli, August, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra 591.
Rille, J. H., Morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen 187.
Rindfleisch 176.
Risel 174.
Ritter E.-H., 101.
Roberts 20.
Roberts, Leslie, Referat 591.
Roberts, Walter F., Hautgangrän bei einem Kinde 396.
Robinson 418. 449, E.-H., 15. 16. 17.
Rochmann 102.
Rode, Über Karbolgangrän 397.
Rörig jun., Zur Therapie der Epididymitis acuta 53.
Roger, Über das Blutserum prädisponierter Tiere 143.
Rohrer, Oxychinaseptol 274.
Rolin, A., Über die diphtherieähnliche syphilitische Angina 294.
Rollet 120.
— und Cazeneuve, Eine neue Behandlung der Psoriasis 535.
Róna, S., Kasuistische Beiträge zu den Entzündungen der Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Muskeln und peripheren Nerven im Verlaufe der Gonorrhoe 328.
— Seit vier Jahren bestehender Pruritus universalis bei einem sechsjährigen Knaben 329.
— Über Ätiologie und Wesen der „Urethritis catarrhalis“ der Kinder männlichen Geschlechts 375.
— 451. 523. 529, E.-H., 117.
Rornisch, Oscar, Zur Behandlung der Fufsgeschwüre mittelst Unnas Zinkleim-Organtin-Verbänden 202.
Rosenbach, O., Zur Therapie der durch Mangel an Hautfett entstandenen Störungen der Hautaffektion 240.
Rosenthal, Tubero-ulceröses Syphilid 88.
— Über typische und atypische Psoriasis 432.
— Paraurethritis 530.
— Chronisch-myelitischer Procefs 531.
— 87. 265. 368. 530. 531.
Rosin, H. und Hirschel, B., Zur Lehre von den metastatischen Wirkungen des Typhusbacillus 336.
Rosinski, Über gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen 53.
Rossier, Über Kokainanwendung bei Mastitisoperation 334.
Roth 439.
Rotter 280.
Rovsing 477.
Rubio, Amputatio penis 171.
Ruffer, M. A., Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen bei Krebsgeschwülsten 339.
— 198.
Runeberg 229.
Russel, C. P., Die Ekzeme des Säuglings- und Kindesalters nebst besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und diätetischen Behandlung 191.
— 435.

Sã, Antonio Domingos de, Thiol zur Behandlung der Ulcera varicosa 276.
Saalfeld, E., Die Behandlung des Trippers beim Manne 250.
— Über Losophan 275.
— Über geschmeidiges Thilanin 276.
— Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris 446.
— Über Ekzembehandlung 531.
— 86. 265. 266. 367. 368.
Sabolotzky 168.
Sabouraud, R., Über die Pili moniliformes 333.
— Beitrag zum Studium der Trichophytiasis humana 333. 368.
— Über den Bacillus der Syphilis 593.
— 358. 359. 534. 545.
Sabrazès, Über eine durch den Favuspilz künstlich erzeugte Pseudotuberkulose 535.
— 534.
— und Fromaget, Hodenkrebs bei einem Kinde 248.
*Sack, Arnold, Über die therapeutische Verwertung des Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei in Bremen 360.
— Über Radikalepilation auf elektrolytischem Wege 242.
— 12. 156. 337. 452. 454, E.-H., 58.
Sackur, Eine letal verlaufene akute Quecksilbervergiftung, entstanden durch Einreibung von grauer Salbe 180.
Sadler 374.
Sänger, Alfred, Zur Kenntnis der Nervenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis 597.
Sahli 603.
Sakaki, M., Über die Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose und Lebersyphilis mit Cremor tartari in gröfseren Dosen, kombiniert mit roborierenden Mitteln 298.
Salvioli, Über die Todesursache nach Verbrennung 381.
Samter, C. O., Über Lymphangiome der Mundhöhle 196.
Sanger, F. D., Tod nach Aspiration der Blase oberhalb der Pubes 245.
Sangster 480.
Santi 362, E.-H., 14.
Sawtschenko, J. G., Weitere Untersuchungen über sporidienähnliche Parasiten in Krebsgeschwülsten 391.
— Weitere Untersuchungen über schmarotzende Sporozoen in Krebsgeschwülsten 339.
— 220.
Scarenzio 581.
Scarpa 202.
Schatz, Einfluls der bestehenden Ureterfistel auf die Harnsekretion 491.
Scheiber, S. H., Ein Fall von symmetrischer Asphyxie 237.
Schendel, Unblutige Extraktion einer Haarnadel aus der weiblichen Harnröhre unter Leitung des Cystoskops 345.
Schenk 193.
Scheppegrell, W., Hypertrophie der Zungentonsille nebst Bericht über 15 Fälle 606.
Scheuthauer 210.
Schick, Zur galvanokaustischen Amputation des Penis 248.
Schiff 95. 96. 409.
Schillberg 326.
Schimmelbusch, Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen 336.
— 439. 550.
Schirmer-Korn 252.
Schlange, H., Über die Zerreifsung der Harnblase 601.
Schlesinger, H., Über die Beeinflussung der Blut- und Serumdichte durch Veränderungen der Haut und durch externe Medikationen 228.
Schmidt, A., Über die Behandlung des Panaritium 545.
Schmidt, Heinrich, Über die Beziehung der Syphilis zur Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique 101.
*Schneider, P., Lepraasyle in den russischen Ostseeprovinzen 421.
Schnell, Idiosynkrasie gegen Quecksilber 441.
Schnitzler, J., Zur Ätiologie der Cystitis 93.
Schönborn 254. 344.
Schönlein 535.
Scholz, Über Tripper und die zur Verhütung seiner Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Mafsregeln 603.
Schotten 441.
Schrenk-Notzing, von, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung 34.
Schroetter 425.
Schtschegolew, Über die Ätiologie der akuten Eiterungen 232.
Schuchard 485.
Schuchart, Karl, Bemerkungen zu dem Referate des Herrn Prof. Dr. Kraske über meine Arbeit „Die Übertragung der Tuberkulose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs“ 288.
Schütz, Joseph, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis 92.
— Weitere Mitteilungen über das Aräo-Saccharimeter 205.
Schultz, F. J., Atrichia adnata 242.
Schulz, Hugo 585.
Schulze, Weitere Beiträge zur Kenntnis der kantharidinsauren Natrontherapie 288.

Schwarz, Emil, Die Anwendung der Seifen in der Dermatologie 181.
Schweninger, E.-H. 76.
Schwimmer, E., Über die Bereitung der Sozojodol-Quecksilberlösung zur Behandlung luetischer Affektionen 299.
— 291. 294, E.-H. 122.
Seeligmann, Über Pruritus vulvae 488.
Sehlen, von 24.
Séhu, Flüssige Jod-Vaseline 275.
Seliger, Paul, Eine elastische Salbenspritze zur Selbstbehandlung der Gonorrhoea posterior 53.
Semmola, Mariano, Über Herzsyphilis 293.
Semon, Über die morphologische Bedeutung der Urniere in ihrem Verhältnis zur Vorniere und Nebenniere und über ihre Verbindung mit dem Genitalsystem 133.
Senator, Über Eythromelalgie 147. 238.
— Über Syringomyelie 343.
— 239.
Senger 336. 482.
Seydel, Seltener Fremdkörper in der Blase 345.
Shaw, C., Ein Fall von Myxödem und Melancholia agitatoria, behandelt mittelst Injektionen von Schilddrüsensaft. Heilung 203.
Sherwell 19. 21.
Shoemaker, J. V., Toiletten- und medicinische Seifen 36.
— Europhen, mit klinischen Bemerkungen über Europhen und Europhen-Aristol 273.
— Europhen gegen Rosacea 390.
Sick, Glasscherbenverletzung 474.
— Über die Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung 485.
— Einige Fälle von Hauttransplantationen mittelst der Thierschschen Methode bei ausgedehnten Hautverlusten 550.
Siebel, W., Pharmakologische Untersuchungen über Salophen, ein neues Salicylsäurederivat 35.
— 145.
Siemerling 598.
Sigmund 372. 432.
Silbermann 281. 316. 433.
Silbert und Oddo, Ausscheidung von Blei und Eisen durch die Haut bei der akuten Bleivergiftung 279.
Silex, Ein Fall von seltener specifischer Erkrankung des Auges 595.
Simon, V. L., Der Lupus und seine Behandlung 287.
Singelstein 144.
Sjöbring 218. 221.
Sior, Zur Drainage der Phlegmone 334.
Sklifassowsky 349.
Smirnoff, G., 102. 581. 603.
Smith, George K., Behandlung des Herpes zoster 282.
Smith, W., Cystinurie 52.
— 73. 333.
Sobieransky, W., Über Resorptionsfähigkeit der Haut 540.
Sobotka, Über das vaccinale Fieber 425.
Sonnenburg 603.
Sormani, Aristol bei Hautkrankheiten 274.
Souques, A. und Charcot, J. B., Greisenhaut-Geromorphismus 395.
Spencer, W. G., Ein „melanotisches Sarkom", vorgetäuscht durch eine Ruptur der Vena spermatica 393.
Spengler, C., Vorläufige Mitteilung über eine kombinierte Tuberkulin-Tuberkulocidinbehandlung 186.
Spiegler, Eduard, Über das bakterielle Verhalten des Thiophendijodid 144.
— Natrium sulfothiophenicum 471.
Spietschka, Theodor, Über die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welanderschen Methode 322.
— 532.
Spirig, Der Desinfektionswert der Sozojodolpräparate nebst Bemerkungen über die Technik der Prüfung der Antiseptica 277.
Spronck, C. H. H., Über den heilsamen Einfluſs akuter Infektionskrankheiten auf bösartige Geschwülste 338.
Square, Ataxie bei kongenitaler Syphilis 302.
Stanziale, R. und Ducrey, A., Klinischer, pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium einiger Affektionen der behaarten Körpergegenden (Gesicht und Kopf) mit Ausgang in Atrophie 337.
Stark, H., Die Pathogenese der gonorrhoischen Gelenkaffektionen 494.
Starr, M. A., Circumskriptes transitorisches (angio-neurotisches) Ödem 147.
Steele-Utica, W., Fall von Dermatitis exfoliativa 542.
Stein 243.
Steinhaus 133. 219. 220.
Stelwagon, H. W., 193. 361. 362.
Stern 149. 481.
Stieda 97.
Stoerk 425.
Stopford-Taylor, G. G., Behandlung der Acne rosacea 331.
Strauſs, A., Übersicht über neuere Heilmittel in der Dermatologie 467.
— Referate 330. 583.
— Hermann, Über Lues laryngis im Kindesalter 44. 297.
— 321.
Strelitz, Beitrag zur Pemphigus-Ätiologie 283.
Stricker 143. 378. 540.
Stroebe 216. 219. 221. 223.

Stubenrauch, L. von, Über die Sterilisation von Jodoforminjektionsflüssigkeiten 253.
Stukovenkoff, Die syphilitische und merkurielle Chloro-Anämie 294.
Stuver, Wasserstoffsuperoxyd als therapeutisches und diagnostisches Mittel 36.
Ssokolow, D., Die Hautperspiration bei Kindern im physiologischen und pathologischen Zustande 94.
Ssubotin, M. S. 232.
Sudakewitsch 198.
Sutton, Bland, Über Lipome 199.
Suzor 38.
Swan 489.
Swieten, van 202.
Sympson, Salol in der Behandlung der chronischen Cystitis 490.
Szadek, Karl, Index bibliographicus syphilidologiae 439.
Szuman, Vereinfachung der Elektrotherapie durch einen neuen Universalcommutator 606.

Taenzer, Referate 53. 54. 150. 254. 439.
— 72. 74. 77. E.-H 57.
Talamon, Ch., Die Behandlung des Gesichtserysipels 193.
Talamon, L. von, Fall von Scarlatina mit langandauernder Hyperthermie 384.
— E.-H., 137. 138.
Tappeiner 229. 433.
Tarnowsky 48. 252. 587.
Tarozzi, Aluminium-Kalium sulfophenolicum 468.
Targuhar 268.
Tarral, E.-H., 28.
Taylor 51. 198. 317. 449. E.-H., 15. 30. 108.
Tebb 39.
Teichmann, L., Lymphgefäfse bei Elephantiasis Arabum 544.
Temesvary 248.
Tennent 446.
Terry 55.
Terson, A., Die Irrigation mit Lösungen von Kalium permanganicum bei der Behandlung der blennorrhagischen Ophthalmie 605.
Thalamon, Abortivbehandlung des Gesichtserysipels mit Sublimatätherzerstäubungen 385.
Thibierge, G., Lepra und Syringomyelie 185.
— Über die Vitiligo 200.
— Arthritis sterno-clavicularis blennorrhagica 494.
— 184. 185. 473. E.-H., 34. 36. 83. 104. 118. 137.
Thiersch 41. 171. 480. 549. 550.
Thiery, E.-H., 97.
Thin, G., 472. 480.
Thirial 90. 177.
Thiry und Kaposi, Die Prostitutionsfrage 172.
Thoma 218.
Thomas, Gegen Hämorrhoiden 204.
— Eccema recens artificiale 385.
Thomsen 296.
Thompson, E.-H., 37.
Thost, E.-H., 76.
Tienhoven, van, Die Behandlung der Enuresis nocturna bei Kindern 134.
Tinzi, Behandlung des Lupus 186.
Tison, E., Behandlung der Pelade (Alopecia areata) mit Jodkollodium 202.
Tissier, P., Über Eccema und Folliculitis des Vestibulum nasi 192.
Tizzoni 394.
Todd, T. M., Entfernung eines vier Zoll langen Glasstabes aus der Blase 51.
Török, Ludwig, Pathologie und Therapie des Ekzems 103.
*— Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit 209.
— 243. 334. 449. 455. 495. 497. 519. 529. E.-H., 44. 66. 89. 118.
Tokayer, V., Hydrargyrum pyroboricum 470.
Tomhering 294.
Tommasoli, P., Das Ulcus molle und der venerische Bubo in ihren Beziehungen zu den Jahreszeiten 547.
— Über die Hämotherapie der Syphilis 594.
— Über die verschiedenen Methoden der Hämotherapie der Syphilis 594.
*— Über autotoxische Keratodermiten, E.-H.
— 45. 293. 294. 298. 364.
Tomsa 95.
Toni, E.-H, 141.
Tourette, G., de la und Hudelo, Syphilis maligna praecox des Nervensystems 300.
Touton, C., Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdrüsen am Penis nebst Bemerkungen zur Pathologie des gonorrhoischen Processes 348.
— Die Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüse 378.
— Über einen eigentümlichen mikroskopischen Befund bei einem Falle von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose 434.
— 530.
Trapesnikow, Th., Über die Behandlung des Ulcus molle mit Natrium sozojodolicum 546.
— Pemphigus vegetans jodicus 587.
Treizel, Syphilis der Nase 190.

Trekaki, M., Die Punktion der Tunica vaginalis bei der akuten blennorrhagischen Orchitis 605.
Trendelenburg, F., Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus 206.
— 342.
Trintignau und Boinet, E., Über das Methylenblau bei der Malaria und bei der Gonorrhoe 251.
Trouessart, Kopfläuse 241.
Troudeau, E. L., Einige Resultate bei Verwendung von Tuberkulin und dessen Modifikationen im Adirondack Cottage Sanatorium 41.
Trzcinski, T., Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers 320.
Tschernogubow, Therapie des Lupus vulgaris 168.
— Perifolliculitis cutanea conglomerata 169.
Türkheim, Referate 34. 38. 50. 78. 99. 100. 145. 153. 189. 191. 193. 198. 236. 237. 241. 244. 250. 253. 268. 275. 281. 282. 287. 289. 291. 292. 294. 299. 300. 332. 333. 334. 350. 370. 384. 385. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 396. 397. 398. 441. 443. 444. 474. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 491. 494. 536. 542. 546. 582. 588. 593. 594. 595. 596.
Tyson, James, Zur Behandlung des Blasenkatarrhs 345.
— 348.

Ullmann, O., Hydrargyrum resorcinoaceticum 470.
Ultzmann 265.
Ungar 174.
*Unna, P. G., Zur Färbung der Rotzbacillen in Hautknoten und überhaupt schwierig färbbarer Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind 109.
— Leprabacillen im Schnitt 284.
*— Zum Nachweise des Fibrins in den Geweben, speciell in der Haut 351.
* — Eine neue, einzeitige Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen 399.
— Naevi und Naevocarcinome 445.
— Pseudoleucaemia cutis 548.
— 17. 19. 20. 22. 23. 25. 47. 53. 57. 97. 104. 105. 107. 109. 156 201. 202. 208. 223. 227. 230. 262. 265. 285. 319. 332. 337. 340. 341. 351. 353 362. 364. 367. 399. 400. 420. 427. 428. 439. 446. 449. 450. 454. 457. 460. 462. 464. 473. 495. 496. 497. 498. 519. 528. 529. 534. 541. 546. 558. 560. 590. E.-H., 1. 4. 5. 14. 18. 23. 37. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 53. 54. 55. 56. 63. 74. 75. 82. 83. 89. 90. 99. 119. 120. 121. 144. 161.
*— und Neebe, Die bisher bekannten neun Favusarten 17. 57.
Urban, Über die Hautverpflanzung nach Thiersch 549.
Ustinow, Lepra anaesthetica maculosa 169.

Vaccari, E.-H., 141.
Vajda 120.
Vaillard 149.
Valentini, Typhusbacillen in einem Eiterherd 336.
Veiel 230. E.-H. 27. 117.
Verhoogen, J., Die akute Cystitis 52.
— Polypen 600.
— Uropoëtisches System. Klinische Beobachtung 248.
Verneuil 480.
Vidal, E., Betrachtungen über die Prurigo (Hebra) 11.
— Papulo-vesikulöser und keratotischer Ausschlag mit Tripper 267.
— 12. 16. 32. 137 267. 284. 452. 453. 454. 472. 536. E.-H. 5. 29. 30. 50. 51. 54. 81. 84. 90. 107. 122.
Vigier, F., Über Quecksilber-Flanell 595.
Vigier, T., Über den Birkenteer, Oleum Rusci 275.
Vignard, E., Resektion der Urethra in Fällen traumatischer Verengerungen 489.
Vincent 149.
Vinzi, J. M., Einige praktische Beobachtungen über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 396.
Virchow, Präparate von einer visceralen Syphilis 485.
— 15. 78. 268. 320. 412. 479. 559. 561. 591.
Vishegrad, Hydrargyrum formamidatum 299.
Vivaldi, M. und Bonome, A., Über die Bedeutung des Mallein bei der präventiv-diagnostischen und therapeutischen Behandlung der Rotzkranken 190.
Voituriez, Purpura pneumonica 236.
Volkmann, 52. 288. 335.
Vucetic, Nicolaus, Kindskopfgroſses Lipom am Vorderarme mit Reflexepilepsie 196.

Wächter, C., Ein verbesserter Katheter, sowie einige Bemerkungen betreffs Behandlung der Harnröhre 251.
Wagner, R., Über nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände 206.
— Über die ausdrückbare Blase 490.
Wahl, von, 422. 559.
Waldeyer 302. 534.

*Walker, Norman, Kurze Mitteilung über eine histologische Untersuchungsmethode 113.
Wallace 102.
Wasmuth, B., Die Durchgängigkeit der Haut für Mikrobien 439.
Watkins, J. L., Hämophilie 148.
Weber 96. 480.
Weichselbaum 93. 428. 603.
Weier, R. F., Über die Wiederherstellung eingesunkener Nasen 253.
Weigert, C., Die vermeintlichen Schlummerzellen und ihre Beziehungen zu den Eiterkörperchen 143.
— 25. 48. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358.
Weinlechner, Einen Fall von Rhinoplastik nach Lupus 287.
— 426.
Weifs 168. 237.
Weismüller 35.
Welander, E., Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungskur 372.
— Über die Behandlung von Syphilis mittelst Überstreichens — nicht Einreibens — mit Merkurialsalbe 432.
— 43. 322. 323. 324. 326. 482.
Weller 300.
Welti 281. 433.
Werbitzky, P., Amylum jodatum 468.
Wernicke, R., Über einen Protozoenbefund bei Mycosis fungoides 544.
Wernich 173.
Werther, Über Dermatolbehandung 233.
Wertheim 603.
Wertheimber, Zur Behandlung der Verbrennung im Kindesalter 150.
West, Samuel, 591.
Wicke, Georg, Über eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Dermatols (bes. gallussauren Wismutoxyd) 441.
Wickham, Louis, Über die Impetigo contagiosa 386.
— Referate 32. 266. 368. 472. 534. 580.
— 221. 223. 266. 329. 333. 484. E. H., 30. 49.
Wiest, N., Harnsäure 246.
Willan 11. 79.
Wills, W. A., Zwei Fälle von hämorrhagischer Urticaria 148.
Wilson 12. 72. 397. 448. 449. 450. 451. 454. 457. 497. 528. 529. 546. E.-H., 73. 91. 95. 96. 98. 115. 147. 150.
Winckler, Ernst, Ein Fall von Makrodaktylie 242.
Winiarski, Joseph, Blutuntersuchungen bei der Lepra 184.
Winiwarter, A. von, Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes 437.
Winternitz, Rudolf, Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten 537.
— 343.
Witthauer, Die therapeutische Verwendung des Hydrargyrum ozojodolicum 230.
Wölffel 335.
Wolf 587.
Wolffberg, Zur Prophylaxis des Augentrippers der Erwachsenen und zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum 494.
Wolffhügel 5.
Wollner, Mitteilung über den Stand der Merkurialkrankheit in den Spiegelbelegen zu Fürth 55.
Wolters, Max, Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie 90. 176.
— 230.
Wright, J., Ein Fall von fibrösem Epitheliom an der Zungenbasis 337.
Wunschheim, Tuberkelbacillen-Reinkulturen, aus der Leiche gezüchtet 425.
Wulff 19. 21.
Wyfs 377. 378.

Zadeck, Über den Gebrauch des Schwefels bei Hautkrankheiten 146.
Zambaco, Über die Lepra in der Bretagne 33. 484.
— 34. 185. 238. 255. 256. 257. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 269. 303. 304. 306. 307. 308. 309. 341.
Zander, Über die Verhornung 97.
Zehender, Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen 194.
— 249.
Zehnder, Die Gefahren der Prostitution und ihre gesetzliche Bekämpfung 271.
Zeifsl, M. v., Zur Behandlung der Syphilis 42.
— Ein Beitrag zur Regelung der Prostitution 271.
— Zur hypodermatischen Behandlung der Syphilis mit Quecksilberpräparaten 298.
Ziehl 184. 591.
Zilgien, Über die Anwendung des Methylvioletts zum Verband carcinomatöser Ulcerationen 197.
— 593.
Zittmann 299.
Zoth 491.
Zuckerkandl, O., Bemerkungen zu J. Links Vorschlag zur Entfernung von Tumoren aus der männlichen Harnblase 52.
— Urologische Beiträge. II. Zur Frage der operativen Behandlung der Blasengeschwülste 245.
Zuco, Marino, E.-H., 109.
Zuriaga 284.

Über Gasphlegmonen. Von Dr. **Eugen Fraenkel**, Prosektor am Neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Mit 3 chromolith. Tafeln. 1893. *M.* 4.—.

Bakteriologische Diagnostik. Hilfstabellen zum Gebrauche beim praktischen Arbeiten. Von Dr. med. et. phil. **James Eisenberg** (Wien). Dritte, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Mit einem Anhang: Bakteriologische Technik. 1891. *M.* 12.—.

Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. Von **H. Leloir** (Lille) und **E. Vidal** (Paris). In deutscher Bearbeitung von Dr. **Eduard Schiff** (Wien). Erscheint in 9 Lieferungen mit je 6 Chromotafeln und Tafelerklärungen. Preis einer Lieferung während des Erscheinens *M.* 8.—.

Leprastudien. Von Prof. Dr. **E. Baelz** (Tokio), Prof. Dr. **E. Burow** (Königsberg), Dr. **P. G. Unna** (Hamburg), und Dr. **A. Wolff** (Strafsburg). Mit neun Abbildungen in Lichtdruck. *M.* 6.—.

Index Bibliographicus Dermatologiae. Bearbeitet von Dr. **Karl Szadek** (Kiew). Jahrgang 1—2, enthaltend die Litteratur der Jahre 1888—89. Je *M.* 1.50.

Index Bibliographicus Syphilidologiae. Bearbeitet von Dr. **Karl Szadek** (Kiew), Jahrgang 1—5, enthalt. die Litteratur der Jahre 1886—91. Je *M.* 1.50.

Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie. Von Prof. Dr. **Ernst Schwimmer** (Budapest). *M.* 2.—.

Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. Von Prof. Dr. **R. Bergh** (Kopenhagen). *M.* —.80.

Prostitution und Abolitionismus. Von Prof. Dr. **B. Tarnowsky** (St. Petersburg). 1890. *M.* 5.—.

Das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels. Dargestellt in Abhandlungen von **E. v. Brücke**, **W. Cumming**, **H. v. Helmholtz** und **C. G. Theod. Ruete**. Mit 12 Abbildungen im Text. 1893. Geb. *M.* 2.50. (Bildet Band I von: Ältere Beiträge zur Physiologie der Sinnesorgane, in Neudrucken und Übersetzungen herausgegeben von **Arthur König**.)

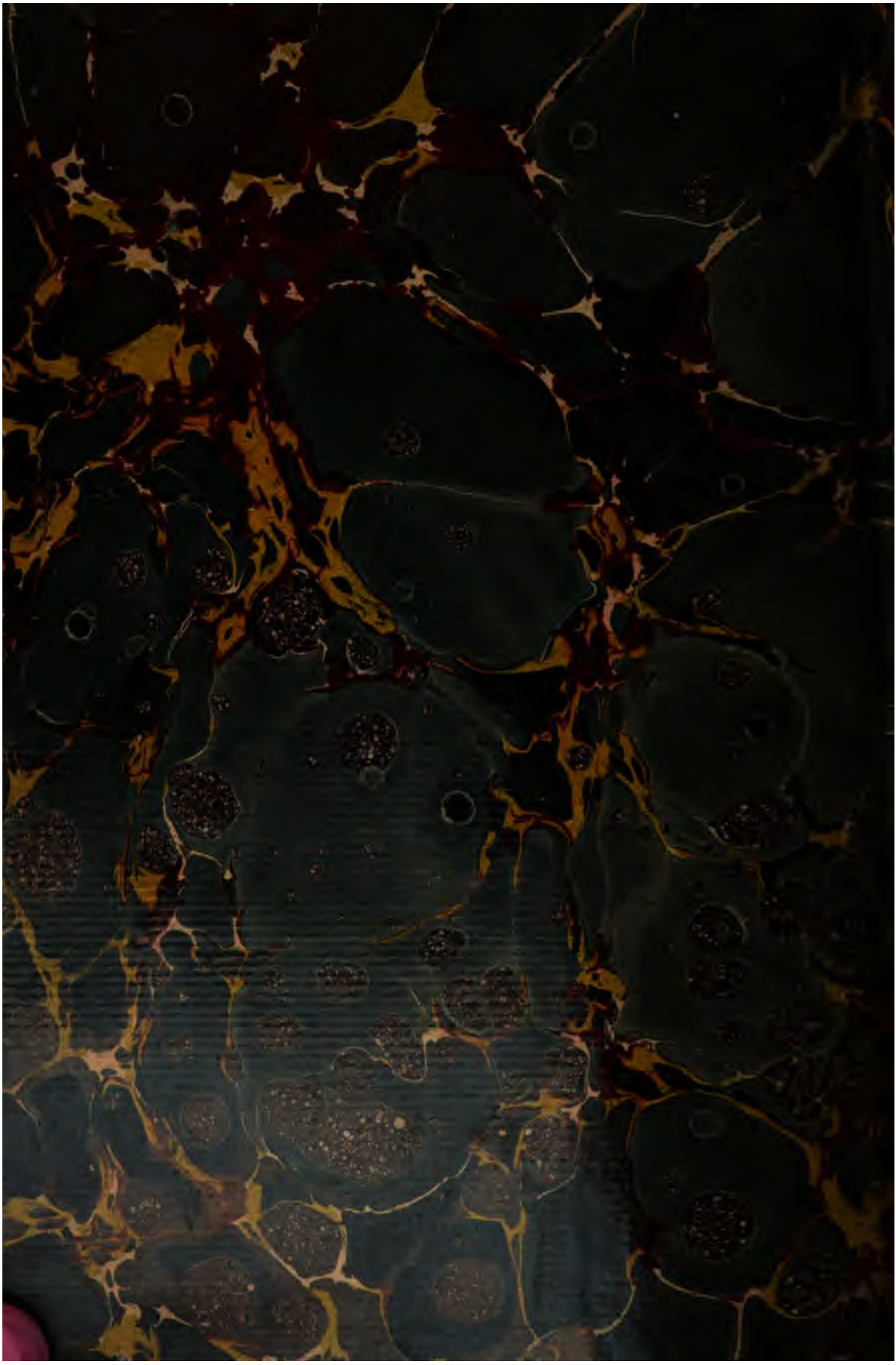
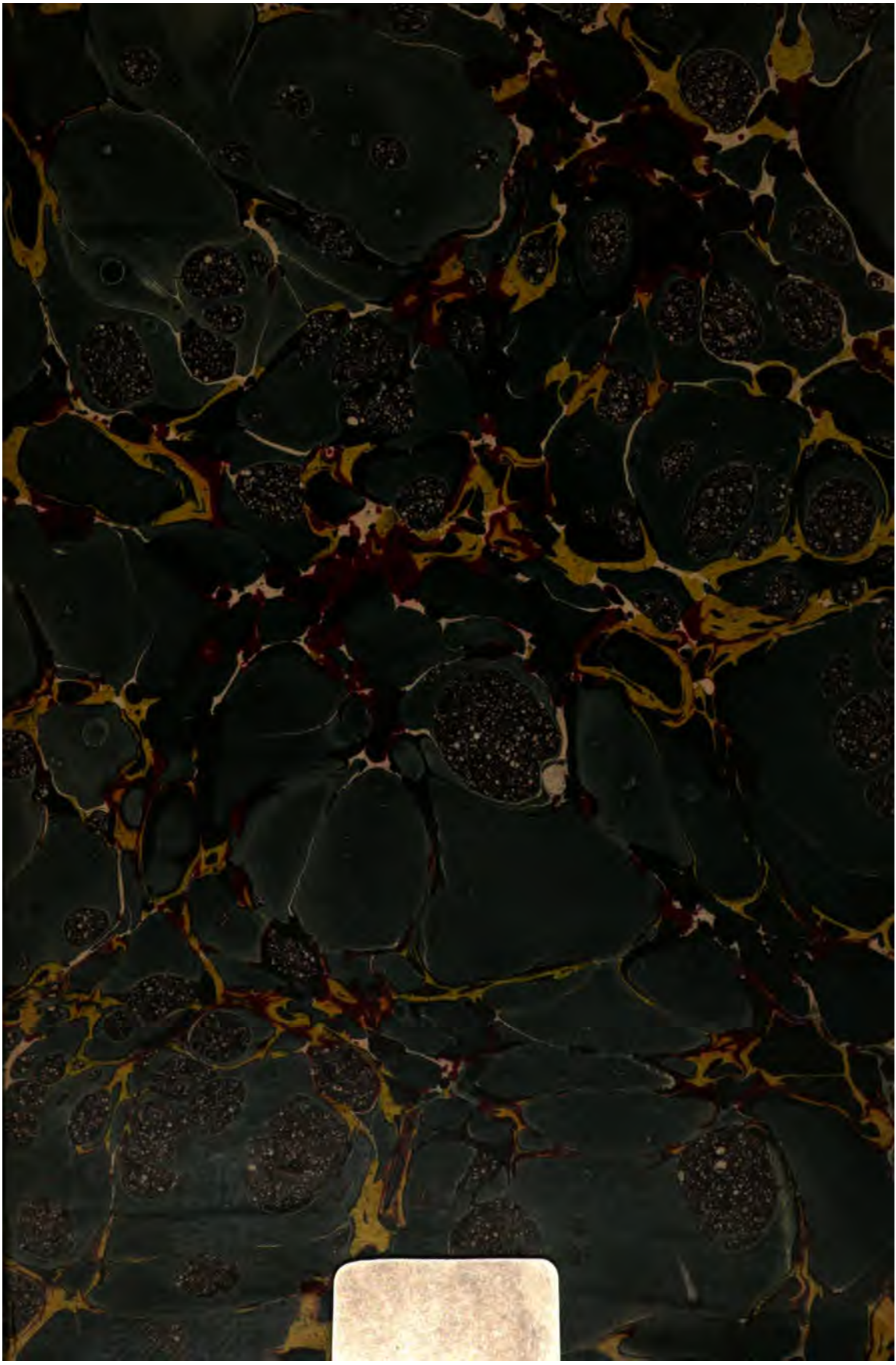
Beiträge zur Augenheilkunde. Von Prof. Dr. **R. Deutschmann** (Hamburg). Heft I. Mit 10 Abbildungen im Text. 1890. *M.* 2.—.
Heft II ff. werden in Gemeinschaft mit Prof. Dr. **E. Fuchs** (Wien), Prof. Dr. **O. Haab** (Zürich) und Prof. Dr. **A. Vossius** (Gießen) von Prof. Dr. **R. Deutschmann** (Hamburg) herausgegeben. (Bis jetzt erschienen 12 Hefte zu verschiedenen Preisen.)

Der Idiot und der Imbecille. Eine psychologische Studie von **Paul Sollier**. Ins Deutsche übersetzt von Dr. **Paul Brie**, I. Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn. Mit einem Vorwort von **C. Pelman**, Geheim. Medizinalrat und Professor ord. an der Universität Bonn. Mit 12 Schrifttafeln. 1891. *M.* 5.—.

Arbeitsmethoden für organisch-chemische Laboratorien. Ein Handbuch für Chemiker, Mediziner und Pharmazeuten. Von Dr. **Lassar-Cohn**, Privatdocent an der Universität Königsberg. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 42 Figuren im Text. 1893. *M.* 7.50.

Moderne Chemie. Zwölf Vorträge, vor Ärzten gehalten. Von Dr. **Lassar-Cohn**, Privatdocent an der Universität Königsberg. 1891. *M.* 3.50.

Repetitorium der Chemie. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Medizin wichtigen Verbindungen, sowie des „Arzneibuches für das Deutsche Reich" namentlich zum Gebrauch für Mediziner und Pharmazeuten bearbeitet von Dr. **Carl Arnold**. Fünfte, verbesserte und ergänzte Auflage. 1893. Geb. *M.* 6.—.

Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen, Handelsprodukten, Luft, Boden, Wasser, bei bakteriologischen Untersuchungen, sowie in der gerichtlichen und Harn-Analyse. Ein Hülfsbuch für Chemiker, Apotheker und Gesundheitsbeamte von Dr. **Fritz Elsner**. Fünfte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 148 Abbildungen im Text. 1893. *M.* 10.—, geb. *M.* 12.—.

41C 1608 344